

**Bachelorarbeit**

# **Psychosoziale Bedürfnisse von Personen mit einem neu diagnostizierten Bronchialkarzinom**

---

**Adina Wernli S12477584**

<b>Departement:</b>	<b>Gesundheit</b>
<b>Institut:</b>	<b>Institut für Pflege</b>
<b>Studienjahr:</b>	<b>PF12a</b>
<b>Eingereicht am:</b>	<b>04.Mai 2015</b>
<b>Betreuende Lehrperson:</b>	<b>Margret Hodel</b>

## Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	1
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung und Relevanz des Themas .....	2
1.2 Zielsetzung und Fragestellung.....	3
2 Theoretischer Hintergrund .....	4
2.1 Bronchialkarzinom .....	4
2.2 Psychosoziale Bedürfnisse .....	5
2.3 „Neu diagnostiziert“ .....	6
2.4 Distress.....	6
3 Methode.....	7
4 Ergebnisse.....	9
4.1 Unterstützung im Umgang mit Emotionen* .....	11
4.2 Unterstützung im Umgang mit „Der Krankheit“ .....	12
4.3 Unterstützung in spirituellen* Fragen.....	13
4.4 Unterstützung in sozialen/ familienbezogenen Aspekten.....	13
4.5 Unterstützung in finanziellen Fragen .....	14
4.6 Informationen vom/ Kommunikation mit dem Betreuungsteam .....	15
4.7 Schlussfolgerungen der Studien .....	16
5 Diskussion .....	19
5.1 Kritische Würdigung der Literatur .....	19
5.1.1 Stichprobe und Setting.....	19
5.1.2 Design, Datenerhebung und Ergebnispräsentation.....	19
5.1.3 Datenanalyse .....	20
5.1.4 Abschliessende Beurteilung.....	21
5.2 Diskussion und Transfer in die Praxis.....	21
5.2.1 Assessment- /Screeninginstrumente.....	23

5.2.2	Aufgaben der Pflegefachpersonen .....	25
5.3	Diskussion der Ergebnis-Kategorien und Transfer in die Praxis .....	28
5.3.1	Unterstützung im Umgang mit Emotionen .....	28
5.3.2	Unterstützung im Umgang mit “Der Krankheit” .....	28
5.3.3	Unterstützung in spirituellen* Fragen .....	29
5.3.4	Unterstützung in sozialen/ familienbezogenen Aspekten .....	29
5.3.5	Unterstützung in finanziellen Fragen .....	30
5.3.6	Informationen vom/ Kommunikation mit dem Betreuungsteam .....	31
5.4	Limitationen .....	32
6	Schlussfolgerung .....	33
6.1	Bezug zur Fragestellung und Zielsetzung .....	33
6.2	Ausblick .....	33
	Verzeichnisse .....	35
	Literaturverzeichnis .....	35
	Tabellenverzeichnis .....	40
	Abbildungsverzeichnis .....	40
	Wortzahl .....	40
	Danksagung .....	40
	Eigenständigkeitserklärung .....	41
	Anhang .....	42
	Anhang A Glossar .....	42
	Anhang B Leitfragen Studienbeurteilung .....	45
	Anhang C 6S Pyramide .....	48
	Anhang D Studienbeurteilungen .....	49
	Anhang E Screeninginstrumente .....	65

## **Abstract**

**Hintergrund:** Das Bronchialkarzinom ist eine der häufigsten Krebsarten und gehört zu den Krebsarten mit den ungünstigsten Prognosen. Obwohl die Diagnosestellung extremen Distress und eine starke psychosoziale Belastungen auslöst, werden die psychosozialen Bedürfnisse nur selten durch das Behandlungsteam angesprochen. Für Pflegende ist es deshalb wichtig diese Bedürfnisse zu kennen, um unerfüllte Bedürfnisse zu vermeiden.

**Ziel:** Es soll ein tieferes Verständnis für Bronchialkrebserkrankte und ihre psychosozialen Bedürfnisse erworben werden. Daraus sollen Implikationen für die Pflegepraxis abgeleitet und Anregungen bezüglich Praxisentwicklung hin zu einer professionellen Pflege resultieren.

**Methode:** Es fand eine systematische Literaturrecherche in vier Datenbanken und fünf onkologischen Zeitschriften statt. Die gefundenen Studien wurden analysiert und deren Qualität beurteilt.

**Ergebnisse:** Aus den fünf analysierten Studien kristallisierten sich fünf Kernkategorien heraus. Das Bedürfnis nach Unterstützung: Im Umgang mit Emotionen, im Umgang mit „Der Krankheit“, in spirituellen Fragen, in sozialen/ familienbezogenen Aspekten, Unterstützung in finanziellen Fragen und das Bedürfnis nach Information und Kommunikation durch das Betreuungsteam.

**Schlussfolgerung:** Einige psychosoziale Bedürfnisse werden zurzeit nicht erkannt. Damit psychosoziale Bedürfnisse rechtzeitig wahrgenommen und bei Bedarf frühzeitige Interventionen eingeleitet oder andere Fachpersonen beigezogen werden können, empfiehlt sich eine routinemässige Erhebung.

## **Keywords:**

*Psychosocial needs, Unmet needs, Newly diagnosed, Bronchial carcinoma, Screening, Oncology care units*

# 1 Einleitung

„Weltweit ist Lungenkrebs die Krebs-Todesursache Nummer eins. [...] Trotzdem ist Lungenkrebs in der Öffentlichkeit kaum ein Thema. Die Diagnose ist für Betroffene und ihr Umfeld ein Schock, umso mehr, als Lungenkrebs zu den Krebsarten mit der ungünstigsten Prognose zählt.“ Dies schreibt die Krebsliga (2010) in einer Medienmitteilung. Laut einer Schätzung des Bundesamts für Statistik [BFS] (2011) wird in der Schweiz jedes Jahr bei rund 2500 Männern und 1200 Frauen ein Bronchialkarzinom festgestellt. Bei Männern ist das Bronchialkarzinom mit 13% aller Krebsneuerkrankungen die zweithäufigste, bei Frauen mit 8% die dritthäufigste Krebsart. Die Mortalität<sup>\*1</sup> ist zudem sehr hoch. Dies, da im Falle des Bronchialkarzinoms laut Corner, Hopkin Hopkinson, Fitzsimmons, Barclay und Muers (2005) eine kurative Therapie oft unrealistisch ist, da die Diagnose bei der Mehrheit erst in einem fortgeschrittenen Stadium gestellt wird. Laut dem Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2013) zählt das Bronchialkarzinom europaweit mitunter zu den Krebserkrankungen mit den schlechtesten Überlebensraten. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt laut dem BFS (2011) in der Schweiz bei 14%. Sie ist die höchste im europaweiten Vergleich. Bei Männern ist das Bronchialkarzinom mit 23% der Krebstodesfälle die häufigste, bei Frauen mit 13% die zweithäufigste Todesursache.

Auch wenn ein Karzinom heutzutage nicht mehr zwingend zum Tod führt und die objektive Bedrohung ganz anders aussieht, ist laut Heussner (2012) die erlebte Bedrohung und die Assoziation mit dem Tod oft hoch. Die initiale Konfrontation der Diagnosestellung löse, so Heussner, bei nahezu allen Betroffenen eine Krisenreaktion aus. Alles, was vor der Diagnose noch selbstverständlich war, ist plötzlich in Frage gestellt: Die Gewissheit gesund zu sein, die Zukunftspläne, der normale Lebensalltag. Die eigene Vulnerabilität wird offenbar. Der Soziologe Niklaus Gerdes (1985) hat es auch als „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ in die Endlichkeit beschrieben. Gemäss Heussner (2012) muss man sich in der Auseinandersetzung mit der schweren, unheilbaren Krankheit mehreren Dimensionen stellen. Sie schreibt von der existentiellen Bedrohung, dem Erleben des Kontrollverlustes, der Antastbarkeit der Autonomie sowie der Angst um die Zukunft und der Trauer um bereits eingetretene oder zu erwartende Verluste. In einer palliativen Situation ist die zur Verfügung stehende Zeit begrenzt, und mit dem Fortschreiten der Krankheit kommen oft schwindende Energieressourcen dazu.

---

<sup>1</sup> Begrifflichkeiten, welche in dieser Bachelorarbeit mit einem \* gekennzeichnet sind, werden im Glossar erläutert.

## 1.1 Problemstellung und Relevanz des Themas

Mit unheilbarem Bronchialkrebs zu leben, verändert das Leben laut Refsgaard und Frederiksen (2013) auf körperlicher, sozialer, psychologischer und spiritueller Ebene. Bronchialkarzinomerkranke gehören gemäss Carlson et al. (2004a) und Herschbach und Heussner (2004a) zu den drei Gruppen von Krebspatienten, welche am meisten unter Distress leiden und am stärksten belastet sind. Eine grosse psychische Belastung von Betroffenen, die früher geraucht haben, ist gemäss Refsgaard et al. (2013) die Stigmatisierung des Umfeldes, die Angst vor einer Stigmatisierung oder die Vorwürfe, die sie sich selbst machen.

Singer et al. (2007) stellte fest, dass 40% aller Betroffenen unter einer psychischen Erkrankung wie einer Depression, einer generalisierten Angststörung oder einer spezifischen Phobie etc. litten.

Hill, Amir, Muers, Connolly und Round (2003) fanden heraus, dass psychosoziale Aspekte, welche als belastender eingestuft wurden, weniger angesprochen wurden als körperliche Symptome, obwohl sich Betroffene weniger Sorgen um diese machten. Sie betonen ausserdem die Wichtigkeit, die psychosozialen Bedürfnisse und Sorgen früh in Erfahrung zu bringen und anzugehen. Für Pflegefachpersonen, welche mit Bronchialkarzinomerkranken arbeiten, ist es deshalb wichtig, die offensichtlichen und verborgenen Bedürfnisse<sup>2</sup> zu kennen, um unerfüllte Bedürfnisse zu vermeiden. Verglichen mit anderen Krebsarten leiden Personen mit Bronchialkrebs laut Li und Girgis (2006) unter einer signifikant höheren Belastung durch nicht erfüllte Bedürfnisse. Die psychologischen Bedürfnisse zählen zu den zwei Hauptauslösern für Belastungen. Eine Befragung von Ecoplan zuhanden des BAGs (2014, S. 39) hat ergeben, dass ein „nicht erkennen“ von psychischen Symptomen oder ein nicht adäquater Umgang damit auf eine „zu wenig auf diesen Punkt ausgerichtete Ausbildung des Personals“ zurückgeführt werden könne. Die Pflegenden sind die Berufsgruppe, welche am meisten Zeit mit den Patienten<sup>3</sup> verbringt. Um den Patienten ganzheitlich zu pflegen, ist es notwendig, dass die Pflegefachpersonen wissen, welche psychosozialen Bedürfnisse bestehen und wie diese zu erkennen sind. Gemäss der Definition professioneller Pflege von Spichiger, Kesselring, Spirig und De Geest (2006) gehört es zudem ganz klar zum Leistungsauftrag der Pflege, Menschen im Umgang mit Auswir-

---

<sup>2</sup> Im Englischen existiert der Begriff „Supportive care needs“. Der Begriff wurde definiert als „Anforderungen an den Unterstützungsbedarf betreffend zahlreicher Aspekte der Erfahrungen mit Krebs“ (z.B. Symptome, Nebenwirkungen, Sorgen, Bedenken, Anpassung oder Bewältigung) (Steele und Fitch, 2008).

<sup>3</sup> Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

kungen von Krankheiten und deren Therapien zu unterstützen. Singer et al. (2007) fanden heraus, dass 77,4% der Befragten sich eine psychosozialen Unterstützung durch das Pflegepersonal wünschen.

## **1.2 Zielsetzung und Fragestellung**

Was sind die psychosozialen Bedürfnisse von Personen mit einem neu diagnostizierten Bronchialkarzinom?

Ziel der Arbeit ist es, ein tieferes Verständnis für diese Patientengruppe und ihre psychosozialen Bedürfnisse zu erwerben. Daraus sollen Implikationen für die Pflegepraxis abgeleitet und Anregungen bezüglich Praxisentwicklung hin zu einer professionellen Pflege resultieren. Sie soll damit als Hilfestellung für Pflegende dienen und auf die Wichtigkeit der psychologischen Betreuung dieser Patientenpopulation hinweisen.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Bronchialkarzinom

Die Krebsliga Schweiz (2012) definiert das Karzinom als einen malignen Tumor, welcher vom Epithel\* ausgeht. Maligne Tumore können - im Gegensatz zu benignen - in das umgebene Gewebe einwachsen und es zerstören. Es verliert somit seine Funktion. Sie können zudem via Lymph- und Blutgefässe in weiteren Körperregionen Metastasen bilden. Der natürliche Alterungsprozess, die genetische Prädisposition und äussere Einflüsse wie Rauchen, Schadstoffe, Umwelt, Lebensstil oder Viren begünstigen deren Entstehung. Ein Bronchialkarzinom kann sich überall in der Lunge und aus den verschiedensten Zelltypen und Geweben der Atemwege bilden. Es existieren mehr als 100 Unterarten. Die zwei Haupttypen sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1  
*Haupttypen Bronchialkarzinome (Krebsliga Schweiz, 2012)*

<b>Nichtkleinzellige Bronchialkarzinome</b>	<b>Kleinzellige Bronchialkarzinome</b>
engl. Non Small Cell Lung Cancer [NSCLC]	engl. Small Cell Lung Cancer [SCLC]
<ul style="list-style-type: none"><li>– Machen 80–85% der Bronchialkarzinome aus</li><li>– Lassen sich in weitere Untergruppen, abhängig vom Gewebetyp (Drüsen-, Haut- oder Schleimhautgewebe) einteilen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Machen 15–20% der Bronchialkarzinome aus</li><li>– Sind aggressiver, wachsen sehr schnell und bilden häufig Metastasen</li></ul>

Bronchialkarzinome werden oft zufällig und in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt, da sie sich in ihren Symptomen oft nicht von anderen Lungenkrankheiten unterscheiden und in frühen Stadien auch keine speziellen Beschwerden verursachen (Krebsliga Schweiz, 2012). Wie bereits erwähnt ist die Prognose deshalb beim Bronchialkarzinom sehr ungünstig. Gemäss Schrimpff (2012) ist die Prognose nur günstig, wenn das Bronchialkarzinom noch keine Lymphknotenmetastasen verursacht hat und sehr früh erkannt und behandelt wird. Ansonsten betrage die 5-Jahres-Überlebensrate selbst bei kurativ behandelten Patienten nur 25 %. Für palliativ Behandelte liege sie unter 5 %.



## 2.2 Psychosoziale Bedürfnisse

Pschyrembel (2012) [elektronische Version] definiert „psychosozial“ als etwas, was die psychischen und sozialen Bedingungen betrifft. Er macht somit die enge Verknüpfung von psychischen und sozialen Aspekten und ihre Wechselbeziehung deutlich. Laut Pschyrembel (2012) wird der Begriff „psychosozial“ häufig im Zusammenhang mit den Auswirkungen von Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod verwendet.

Der „Dorsch“, ein Lexikon der Psychologie (n.d.) definiert ein Bedürfnis als „Zustand oder Erleben eines Mangels, verbunden mit dem Wunsch ihn zu beheben, [...]“. Dabei dürften in der wiss. Literatur meist Bedürfnisse gemeint sein, die ein Lebewesen zu seiner Erhaltung und Entfaltung braucht, [...]“.

Der amerikanische Psychologe Abraham Maslow hat ein Modell entwickelt, in welchem er die Bedürfnisse hierarchischen Stufen zugeordnet hat (vgl. Abbildung 1). Die physiologischen Grundbedürfnisse (Stufe 1) und das Bedürfnis nach Sicherheit (Stufe 2) werden als existenzielle Bedürfnisse bezeichnet, da sie das Überleben sichern. Die sozialen Bedürfnisse (Stufe 3) und das Bedürfnis nach Wertschätzung (Stufe 4) beinhalten soziale Bedürfnisse, da sie sich auf das Leben einer Person innerhalb der Gesellschaft beziehen. Gemäss Maslow kommen Bedürfnisse einer Stufe erst zum Tragen, wenn die darunter liegenden Bedürfnisse befriedigt sind. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass Bedürfnisse höherer Stufen bestehen können, auch wenn darunter liegende nicht erfüllt sind. (Ekert und Ekert, 2013)

Die psychosoziale Begleitung umfasst gemäss des National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (1997) „[...] alle Bereiche, die zum psychischen, emotionalen und sozialen Wohlbefinden des Betroffenen und seiner Angehörigen beitragen, inklusive Fragen des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung, Krankheitsverarbeitung und -bewältigung, Kommunikation, soziale und finanzielle Belange und Beziehungen zu anderen.“

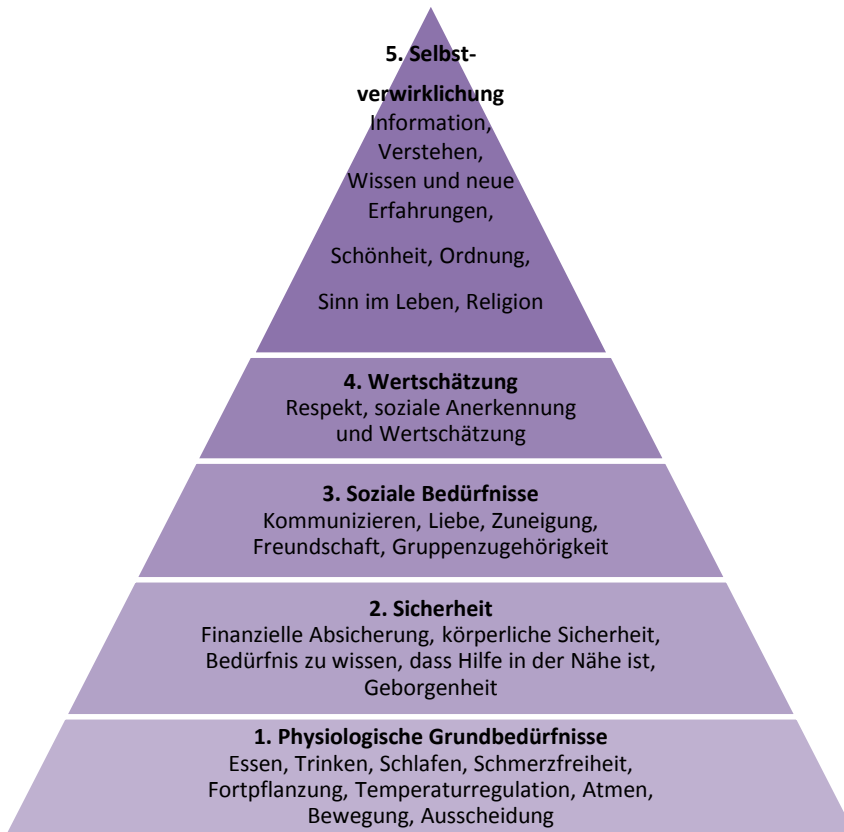


Abbildung 1  
Bedürfnispyramide angelehnt an Ekert et al. (2013) S. 49

## 2.3 „Neu diagnostiziert“

In dieser Arbeit wird unter „neu diagnostiziert“ die Zeitspanne direkt nach der Diagnosestellung bis sechs Monate danach verstanden. In Studien in diesem Forschungsfeld werden, sofern eine Zeitspanne definiert ist, die Bedürfnisse im Zeitraum von zwei bis sechs Monate nach der Diagnosestellung beobachtet (Thornton et al., 2012; Akechi et al., 2006; Galway et al., 2012; Akechi et al., 2009; Cooley, Short und Moriart, 2003).

## 2.4 Distress

Allgemeiner Stress wird vom Pschyrembel (2012) [elektronische Version] definiert als eine Reaktion des Organismus auf eine physische oder psychische Beanspruchung durch Stressfaktoren. Distress in Zusammenhang mit Krebs wird vom National Comprehensive Cancer Network [NCCN] (2014, S. 7) definiert als „ein breites Spektrum von unangenehmen emotionalen Erfahrungen psychischer, sozialer oder spiritueller Art, die von normalen Gefühlen der Verletzlichkeit, Traurigkeit und Angst bis hin zu stark einschränkenden Problemen wie Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation und spirituellen Krisen reichen.“

### 3 Methode

Die Fragestellung wurde mittels einer systematisierten Literaturrecherche und kritischen Literaturbeurteilung beantwortet. Dabei diente die Fragestellung als Grundlage für das Definieren der Keywords. Nachdem diese ins Englische übersetzt und möglichen Medical Subject Headings (MeSh) und CINAHL Headings zugeordnet wurden (siehe Tabelle 2), wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt: Eingeschlossen wurden deutsche und englische Studien. Die Studien sollten sich mit psychosozialen Bedürfnissen von erwachsenen, neu diagnostizierten Bronchialkarzinompatienten und -patientinnen auseinandersetzen. Aufgrund der spärlichen Datenlage bezüglich Studien mit dem Fokus auf neudiagnostizierte Patienten wurden auch Studien berücksichtigt, welche den Fokus auf Betroffene zu Beginn der Erstbehandlung gelegt haben. Ausgeschlossen wurden Studien, bei denen die Bedürfnisse der Betroffenen in der Rehabilitationsphase, in der progredienten Phase oder im Sterbeprozess thematisiert werden. Da diese Arbeit sich auf die psychosozialen Bedürfnisse beschränkt, wurden Studien mit dem Hauptfokus auf physiologische Bedürfnisse ausgeschlossen.

Die Datenbankrecherche für die primären Quellen erfolgte mittels einer Stich- und Schlagwortsuche in den Datenbanken PsychInfo, CINAHL, Medline und Cochrane Library. Einzelne Keywords und/oder Schlagwörter wurden mit den Booleschen Operatoren AND, OR und NOT verknüpft und verschieden kombiniert. Zusätzlich wurde in den elektronischen Zeitschriften *Psycho-Oncology*, *European Journal of Oncology Nursing*, *Oncology Nursing*, *Oncology Nursing Forum* und dem *European Journal of Cancer Care* recherchiert. Die in den Studien zitierten Referenzen führten zu weiterer Literatur. Insgesamt wurden 21 Studien oder Reviews als potenziell relevant identifiziert. Davon wurden 10 Studien und zwei Reviews genauer betrachtet. Die definitive Auswahl anhand der Ein- und Ausschlusskriterien umfasst fünf Studien. Die Studien wurden analysiert und deren Qualität anhand definierter Gütekriterien beurteilt. Die Beurteilung der Studien erfolgte anhand des EMED-Rasters mit Leitfragen (vgl. Anhang B), basierend auf den Fragen zur Evaluierung quantitativer Forschungsarbeiten von LoBiondo-Wood und Haber (2005). Die Evidenz der einzelnen Studien wurde anhand der 6S Pyramide von Di Censo, Bayley, und Haynes (2009) eingeschätzt (vgl. Anhang C). Zur Definition der zentralen Begriffe sowie für die Diskussion wurde zusätzlich Literatur aus Fachbüchern, Internetseiten und elektronischen Nachschlagewerken verwendet.

Tabelle 2: Suchbegriffe in Deutsch, Keywords in Englisch, MeSh-Terms und Cinahl Headings

	<b>Suchbegriffe</b>	<b>Keywords</b>	<b>Schlagwörter (MeSh-Terms)</b>	<b>Schlagwörter (Cinahl Headings)</b>
<b>Population</b>	Krebspatienten, Krebs, Lungenkrebs, Neu diagnostiziert	Cancer patients, Lung cancer, Newly diagnosed	Neoplasms	Neoplasms, Cancer patients, Lung neoplasms
<b>Phänomen</b>	Bedürfnisse, Erfahrungen, Gefühle, Krise (psychische), Schock, Verdrängung, Depression, Trauer	Needs, Experience, Feeling, Life experience, Emotional Denial, Crisis (emotional/ mental), Depression, Repression, Shock, Grief, Mourning	Needs, Psychological Needs, Stress, Psychological; Distress, Depression, Shock, Traumatic, Emotional Disturbances, Escape Reaction, Denial, Repression, Psychology	Information Needs, Human Needs (Psychology), Life Experiences, Emotions, Feeling Grief, Fear, Defence mechanisms (denial, repression), Depression, Reality Shock, Stress psychological
<b>Intervention</b>	Bedürfniserfassung, Pflegeintervention, Krisenintervention, Kommunikation, Beratung, Copingstrategie	Needs assessment, Crisis intervention, Communication, Coping strategy, Psychological Interventions, Communication skills (training of nurses), Nurse, Caregivers	Needs assessment, Communication, Crisis Intervention, Psychotherapy, Psychotherapeutic Techniques, Counseling, Oncology Nursing, Nursing, Nurses,	Needs assessment, Crisis intervention, Crisis Therapy, Grief Work Facilitation, Communication, (Empowerment), Oncologic care, Oncologic Nursing
<b>Outcome</b>	Verarbeitung, Annahme, Akzeptanz, Sinnfindung	Processing, accepting, Finding meaning	Patient participation, Adaptation Psychological, „Quality of Life“, Well being	Psychosocial Adaption -> Acceptance: Health Status, Grief Resolution
<b>Setting</b>	Spital, Abteilung, Onkologie	Hospital, Ward, Acute care	Hospitals, Hospital units, Medical Oncology	Hospitals, Hospital units, Oncology, Oncology care units

## 4 Ergebnisse

Es folgt eine Übersicht über die verwendeten Studien (vgl. Tabelle 3). Die ausführlichen Studienzusammenfassungen sind im Anhang D aufgeführt.

Tabelle 3  
Übersicht der verwendeten Studien

Autor/Jahr/Land	Design/ Datenerhebung	Ziel der Studie	Population
<b>Fitch und Steele (2010)</b> <b>Kanada</b>	Deskriptive Querschnittstudie  Mit oder ohne Unterstützung, während oder nach dem Spitalaufenthalt ein Selbstbeurteilungsfra- gebogen: - Acht Fragen zur Erfassung der demo- graphischen Daten - Eine adaptierte Version des Supportive Care Needs Survey (SCNS)	1. Bandbreite der physischen, emotionalen, sozialen, spirituellen, psychologischen und praktischen supportive care needs von Pati- entinnen mit Bronchialkarzinom ermitteln, welche in einem regionalen ambulanten Krebszentrum in Behandlung waren. 2. Herausfinden, ob Patientinnen Unterstützung in der Bewältigung dieser Bedürfnisse wünschten.	Stichprobe: n = 86 - Die Hälfte war über 65 Jahre - 59% Frauen - 77% war verheiratet - 29 Personen (wenig mehr als 1/3) hatten mind. einen Collageabschluss
<b>Hill, Amir, Muers, Connolly und Round (2003)</b> <b>Grossbritannien</b>	Querschnitts-Design  Interview 14 – 28 Tage nach der Diagnosestel- lung: - Patienten wurden zu Beginn ermutigt, kurz von ihren Erlebnissen seit der Diagnose zu erzählen - Adaptierte Version der Concerns Checklist (CC) von Heaven and Magiure	1. Die Sorgen von Bronchialkarzinompatienten kurz nach der Diagnose erforschen. 2. Untersuchen, ob mit den Pflegeteams über diese Sorgen gesprochen wurde.	Stichprobe: n = 80 - Mittleres Alter: 68 Jahre (R 36- 84 Jahre) - 52% Frauen, 48% Männer - SCLC: 34%, NSLC: 66% - Befund vor jeglicher Therapie: > 95% - Geplante Therapie: Operation: 25%, Chemothe- rapie: 47%, Radikale oder palliative Radiotherapie: 20%, einzig supportive und unterstützende Pflege 8%
<b>Ugalde, Aranda, Krishnasamy, Ball und Schofield (2011)</b> <b>Australien</b>	Querschnittstudie mit Ausgangsdaten einer RCT  Einmalige Assessments vor oder zu Beginn der Behandlung: - Needs Assessment for Advanced Lung Cancer Patients (NA-ALCP) - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Distress Termometer	Unerfüllte Bedürfnisse und psychologische Not zu Beginn der Therapie von Lungenkarzinom- Erkrankten beschreiben. Im Speziellen: 1. Über Angstlevel, Depression, globale Not und unerfüllte Bedürfnisse berichten. 2. Beziehung zwischen Distress und unerfüllten Bedürfnissen untersuchen.	Stichprobe: n = 108 - Durchschnittsalter: 63 Jahre (SD: 39 – 83 Jahre) - 60% Männer - Durchschnittliche Zeit seit der Diagnosestellung: 7.44 Monate (SD: 0 – 80) - NSCLC: Stadium I: 3.7%, Stadium II: 5.6%, Sta- dium III: 35.2%, Stadium IV: 41.7%
<b>Lehto (2011)</b>	Mixed-Methods Design mit wiederholten Mes-	1. Wahrnehmung der Krankheit und Sorgen der	Stichprobe: n = 34

<b>Autor/Jahr/Land</b>	<b>Design/ Datenerhebung</b>	<b>Ziel der Studie</b>	<b>Population</b>
<b>USA</b>	<p>sungen. Die Ausgangsdaten wurden im Rahmen einer anderen Studie erhoben.</p> <p>Zweimalig ein 15-minütiges Interview (exkl. 3CM) während der Vorbehandlungsvisite vor der Operation (T1), drei bis vier Wochen nach der Operation (T2):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceptual content cognitive map (3CM)</li> <li>- Interview: 3 Fragen über die krebsbedingten Sorgen, 7 Fragen über die Erfahrungen der Teilnehmenden mit dem Gesundheitswesen</li> </ul>	<p>Planungsphase vor der Operation und erneut drei bis vier Wochen nach der Operation von Personen mit einem neudiagnostizierten Lungenkarzinom im Frühstadium erforschen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Krebsbedingte Sorgen untersuchen und herausfinden, ob zwischen verminderten (krebsbedingten) Sorgen und Faktoren im Gesundheitswesen, wie der wahrgenommenen Unterstützung der Versorger oder der Autonomie in der Verwaltung von Terminen, eine Verbindung besteht.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchschnittsalter: 65 Jahre (Range: 47-83 Jahre)</li> <li>- 65% Männer, 35% Frauen</li> <li>- Stadium I: 44%, Stadium II: 50%, Stadium III: 6%</li> <li>- 67% sind verheiratet, 24% verwitwet, 9% geschieden</li> </ul>
<b>Tishelman, Lövgren, Broberger, Hamberg und Sprangers (2010) Schweden</b>	<p>Mixed-Methods-Analyse</p> <p>Zu 6 verschiedenen Zeitpunkten ein Interview: Kurz nach Erhalt der Diagnose &amp; vor der Behandlung (T1), 2 Wochen (T2), 1 Monat (T3), 3 Monate (T4), 6 Monate (T5) und 1 Jahr nach T1 (T6).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu Beginn des Interviews folgende offene Frage: „Was ist für Sie im Moment am meisten besorgniserregend?“ (Bis zu fünf Sorgen)</li> <li>- European Organisation for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 and Lung Cancer Module instruments (EORTC QLQ-C30 + LC13)</li> <li>- Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)</li> <li>- Modified Distress screening Tool (DST)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Herausfinden, was bei Bronchialkrebskranken an sechs Zeitpunkten während dem ersten Jahr nach der Diagnosestellung am meisten Distress verursacht.</li> <li>2. Herausfinden, wie diese Sorgen durch drei Fragebögen zur Lebensqualität und den Symptomen erfasst werden.</li> </ol>	<p>Stichprobe: n= 343</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchschnittliches Alter: 62 Jahre bei Frauen, 66 Jahre bei Männer</li> <li>- 49,3% Frauen, 50,7% Männer</li> <li>- SCLC: 13 und 12%, NSLC: 87 und 88%</li> <li>- Stadium I: 1%, Stadium II: 2%, Stadium IIIA: 4%, Stadium IIIB: 9%, Stadium IV: 21%, Nicht klassifiziert: 2%. Nicht bekannt: 35 Personen</li> </ul>

Aus den studienübergreifenden Kernthemen der Resultate wurden Kategorien gebildet. Anhand dieser Kategorien werden nachfolgend die Ergebnisse dargestellt (vgl. 4.1 – 4.6).

#### 4.1 Unterstützung im Umgang mit Emotionen\*

Die plötzlich veränderten Zukunftsaussichten können Emotionen wie Wut, Trauer, Angst und Depression auslösen. Lorig und Holman (2003) zählen die Bewältigung der emotionalen Belastung deshalb zu den drei zentralen Aufgabenbereichen von chronisch Erkrankten.

Die Befragung anhand der Concerns Checklist ergab, dass die Kategorie *Emotionen*<sup>4</sup> die fünfthäufigste Sorge von den 17 zur Auswahl stehenden Kategorien darstellt (Hill et al., 2003). Fitch et al. (2010) schreiben, dass mindestens ein Viertel ihrer Studienpopulation *traurig ist* oder sie das *Gefühl haben nicht gebraucht zu werden und/ oder ihr langweilig ist*. Beinahe die Hälfte (47%) fühlt sich *niedergeschlagen und/oder bedrückt*. Die Sorgen aufgrund der *Emotionen* wurden bei weniger als 35% der Patienten und Patientinnen von jemandem aus dem Behandlungsteam angesprochen (Hill et al., 2003).

Auch die *Zukunft im Zusammenhang mit der Krankheit* löst Sorgen aus. Diese Kategorie stellt gemäss Hill et al. (2003) die dritthäufigste Sorge dar. In der Studie von Tishelman (2010) zählt die *Zukunftsperspektive* und die damit verbundenen Sorgen, Ängste und die generelle Unsicherheit zu den Sorgen, die am meisten Distress auslösen. Von den Studienteilnehmenden werden *Sorgen/ Ängste/ Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft, aufgrund der Behandlung und deren Folgen, vor dem Tod oder vor weiteren Untersuchungen oder dem Fortschreiten der Krankheit*<sup>5</sup> und den damit verbundenen Auswirkungen genannt.

Weiter leiden die Studienteilnehmenden unter *genereller Angst, Angst vor der Bildung von Metastasen, vor einem Rezidiv, vor Schmerzen, vor einer körperlichen Behinderung oder körperlichem Verfall*. Hinzu kommen die *Angst vor dem Verlust der Unabhängigkeit, Ängste vor der Behandlung und Sorgen, da die Resultate der Behandlung ausserhalb der eigenen Kontrolle liegen* (Letho, 2011; Fitch et al., 2010). Alle aufgezählten Ängste werden von mindestens einem Viertel der Personen erlebt (Fitch et al., 2010). Ugalde et al. (2011) zählen den *Umgang mit Ängsten* und den *Umgang mit der Frustration, nicht mehr das machen zu können, was man sich gewohnt war*, zu den meistgenannten unerfüllten Bedürfnissen.

---

<sup>4</sup> Kategorien der Studien werden zur besseren Lesbarkeit kursiv geschrieben.

<sup>5</sup> In der Fachliteratur auch als „Progredienzangst“ bezeichnet.

Es fällt auf, dass mit den zwei Assessmentinstrumenten EORTC QLQ-C30 + LC13 und MSAS nur etwa ein Fünftel und dem DST nur etwa ein Viertel der *Sorgen/ Ängste/ Unsicherheit aufgrund der veränderten Zukunftsperspektive* erfasst wurden. Die allgemeinen emotionalen Probleme wurden mit etwa 40% besser erfasst. (Tishelman et al., 2010)

Die *Zukunftssorgen in Zusammenhang mit der Krankheit* wurden bei weniger als 30% der Patienten von einem Mitglied des Behandlungsteams angesprochen (Hill et al., 2003). Dabei wünschen sich über die Hälfte der Personen wenigstens ein Minimum an Hilfe<sup>6</sup> im Umgang mit allen psychologischen und acht von elf emotionalen Bedürfnissen (Fitch et al., 2010).

In der Studie von Hill et al. (2003) wurde zusätzlich gefragt, ob noch andere Sorgen bestehen. Eine Person äusserte daraufhin, dass sie sich schuldig fühle.

## **4.2 Unterstützung im Umgang mit “Der Krankheit”**

Es ist bemerkenswert, dass 26% der Patienten und Patientinnen die *Krankheit als Ganzes* anstelle eines spezifischen Problems oder Symptoms genannt haben. Diese Kategorie zählte somit für einen Viertel der Patienten mindestens einmal im ersten Jahr nach der Diagnose zu den fünf Sorgen, welche am meisten Distress auslösten. Betroffene äusser-ten sich zum Beispiel folgendermassen: „Die ganze miserable Situation“ oder „alleine das Wissen über die Krankheit“ (Tishelman et al., 2010).

Keiner der überprüften Fragebögen hat die Spannweite der Aussagen dieser Kategorie erfasst. Da die Fragebogen spezifische Probleme anvisieren, könnte das Erleben der Krankheit als Ganzes übersehen werden (Tishelman et al., 2010). In der Studie von Hill et al. (2003) verwendeten die Forschenden ein Assessmentinstrument, welches die Kategorie *die Krankheit an sich* enthielt. Drei Viertel der Patienten haben diese angekreuzt. Es ist somit die meistgenannte Sorge der Patienten. Mit mehr als der Hälfte der Patienten wurde über diese Sorge gesprochen.

---

<sup>6</sup> Fitch et al. (2010) zählten die Antwortkategorie „Ich bin mir nicht sicher, ob ich Hilfe möchte“ auch zur Prozentzahl der Personen, die Hilfe wollten, da davon ausgegangen wurde, dass zumindest ein Minimum an Konversation mit den Mitarbeitern gewünscht wird



### 4.3 Unterstützung in spirituellen\* Fragen

Eine Krebserkrankung konfrontiert die Betroffenen einerseits mit ihrer Verletzlichkeit und andererseits mit der Endlichkeit des Lebens generell. Es bringt viele dazu, ihr Leben und ihre Prioritäten zu prüfen und allenfalls neu zu definieren. Auch werden Fragen nach dem Ursprung des Menschen, nach einem Dasein nach dem Tod und nach dem Sinn des Lebens aufgeworfen (Dorst, 2011). Studienteilnehmende berichten von *Sorgen in Bezug auf den Tod oder die Vorbereitung darauf*. Folgende Fragen erleben sie als belastend: „Werde ich (bald) sterben? Was kommt nach dem Leben? Welche Sachen muss ich noch erledigen?“ Weitere angesprochene Themen sind: Angelegenheiten noch in Ordnung bringen, Erstellung des Testamentes oder Vorbereitungen für die eigene Beerdigung (Letho, 2011). Beinahe die Hälfte der Betroffenen erlebt *Unsicherheit über ihrer Zukunft*. Etwa ein Viertel der Betroffenen erlebt *das Beibehalten einer positiven Perspektive* oder die *Gefühle über den Tod und das Sterben* als Schwierigkeit. Die Mehrheit der Betroffenen wünscht sich im Umgang mit allen spirituellen Bedürfniskategorien wenigstens ein Minimum an Hilfe durch das Betreuungsteam (Fitch et al., 2010).

Der religiöse Aspekt der Spiritualität wurde von den Teilnehmenden der Studie von Letho (2011) als positiv wahrgenommen. Letho schreibt, dass die Religiosität somit eine wichtige Ressource in Bezug auf die Krankheitsbewältigung und die Bildung neuer Lebensperspektive darstellen könnte.

### 4.4 Unterstützung in sozialen/ familienbezogenen Aspekten

Eine Krebserkrankung betrifft neben dem Patienten und der Patientin auch dessen Bezugssystem. Gemäss Herschbach et al. (2008a) tritt in vielen Fällen aufgrund der Ängste und neuen Gefühle eine Sprachlosigkeit in Kombination mit Hilflosigkeit zwischen den vertrauten Familienmitgliedern\* auf. Sie seien häufig nur mit professionellen Helfern in der Lage zu reflektieren und zu äussern, was sie sich voneinander wünschen, was als hilfreich, eher störend oder unangemessen erlebt wird. Ein Rollentausch stellt eine zusätzliche Herausforderung dar, welche Gefühle von Überforderung, Schuld oder Scham hervorrufen kann (Herschbach et al., 2008a).

In allen Studien sind die Sorgen um die Familie ein zentrales Thema. Zwei Kernthemen kristallisieren sich heraus: Das erste dreht sich um die **Sorgen um die Familie und wie sie mit der Krankheitssituation und der Betreuung umgeht**. 40% der Erkrankten machen sich *Sorgen um die nahen Angehörigen* und beinahe 30% sorgen sich darum, *ob die Angehörigen mit ihrer Betreuung umgehen können* (Fitch et al., 2010).

Die *Sorgen um die Familie* wurde in der Studie von Hill et al. (2003) am zweithäufigsten genannt. Die Betroffenen sind nicht nur belastet durch das *Verantwortungsgefühl für ihre Angehörigen*, sondern auch mit dem *Umgang mit Bedenken hinsichtlich der Belastung von Familienangehörigen durch Begleitung und Betreuung* (Ugalde et al., 2011). Trotz der grossen vorhandenen Belastung wurde die *Sorge um die Familie* nur bei weniger als 30% der Patienten durch das Personal angesprochen. Die Wichtigkeit, dies zum Gesprächsthema zu machen, wird deshalb betont (Hill et al., 2003). Über die Hälfte wünscht sich bei allen erfragten sozialen Bedürfnissen wenigstens ein Minimum an Hilfe durch das Betreuungsteam (Fitch et al., 2010).

Das andere Kernthema betrifft die **Angst, für die Familie eine Last zu sein**.

Patienten berichten davon, dass es sie stark belastet, das *Gefühl zu haben, für die Familie eine Last zu sein*. Dies möchten sie auf keinen Fall (Letho, 2011; Tishelman et al., 2010). Dieses Gefühl ist in der Studie von Hill et al. (2003) die vierthäufigste Sorge. Auffällig ist, dass von allen 17 Sorgen über diese Sorge mit den Patienten am wenigsten gesprochen wurde (unter 30%).

Neben den Sorgen, welche die Familie betreffen, wirkt sich die Diagnose Krebs auch auf soziale Kontakte im weiteren Umfeld aus. Betroffene berichten von Einsamkeit und Isolation (Tishelman et al., 2010).

Auf die zusätzliche Frage, ob noch andere Sorgen bestehen, brachte jemand das Thema Sexualität zur Sprache. Es fällt auf, dass zu dieser Sorge kein Belastungsgrad geäussert wurde (Hill et al., 2003).

Zur Erfassung der sozialen Bedürfnisse hat sich von den überprüften Screening\*-/ Assessmentinstrumenten einzig das Distress Thermometer als geeignet herausgestellt. Es hat 73% der Sorgen erfasst (Tishelman et al., 2010).

#### **4.5 Unterstützung in finanziellen Fragen**

Durch eine Krebserkrankung kann ein Patient oder eine Patientin sich mit wirtschaftlichen Problemen konfrontiert sehen. Es fallen indirekte Kosten (z.B. Einkommensverluste), direkte medizinische Kosten (z.B. Krankenhausaufenthalte, Zuzahlungen zu Arznei- und Hilfsmitteln) und direkte nicht-medizinischen Kosten (z.B. Fahrkosten, Spitex, Haushaltshilfe) an. (Schwarz und Singer, 2008)

In der Studie von Ugalde et al. (2011) stehen die *finanziellen Sorgen* an dritter Stelle. Ein Viertel der Betroffenen der Studie von Fitch et al. (2010) machen sich *Sorgen wegen der finanziellen Situation*. Die Hälfte der Patienten wünscht sich Hilfe in dieser Situation.

#### 4.6 Informationen vom/ Kommunikation mit dem Betreuungsteam

Herschbach et al. (2008a) schreiben, dass Schwerkranke unabhängig von der Prognose zunächst eine existentielle Krise durchleben. Ein wesentlicher Bestandteil der psychischen Bewältigung einer Krise erfolgt über Kommunikation. Gespräche sind somit ein unerlässlicher Bestandteil des Krisenmanagements. Gerade in Krisenzeiten ist die Kommunikation jedoch besonders störanfällig.

Tishelman et al. (2010) heben hervor, dass ein Viertel der Patienten oder Patientinnen zu einem oder mehreren Zeitpunkten mehrere Aspekte des Kontaktes mit dem Gesundheitssystem zu den besorgniserregendsten Sorgen zählt. Dazu zählt die *Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal*. Durch die Studie von Fitch et al. (2010) wird dies bestätigt. Etwa ein Viertel der Patienten erlebt die *Informationsvermittlung über den Umgang mit der Krankheit und den Nebenwirkungen der Behandlung* und die *schnellstmögliche Information über Untersuchungsbefunde* als Schwierigkeit. Tishelman et al. (2010) schreiben zudem, dass keiner der untersuchten Fragebögen auf diese Sorgen abzielt. Patienten beschwerten sich über *schlechte Kommunikation* und *mangelnde oder falsche Informationsvermittlung*. Dabei ist es für Betroffene ein grosses Bedürfnis,

- *jemanden zu haben, der einem hilft, zu verstehen, was vor sich geht,*
- *schnell über medizinische Untersuchungsbefunde informiert zu werden,*
- *präzise medizinische Beurteilungen vom Personal zu erhalten,*
- *adäquate Informationen über die Prognose und Nebenwirkungen erhalten und*
- *über beeinflussende Faktoren auf den Krebsverlauf informiert zu werden*

(Ugalde et al., 2011).

## 4.7 Schlussfolgerungen der Studien

Studie	Schlussfolgerung
<b>Fitch et al. (2010)</b>	Das Aufdecken von <i>supportive care needs</i> , welche als problematisch bewertet wurden, ermöglicht es dem Gesundheitspersonal, adäquate Unterstützung anzubieten. Da nicht alle Patienten und Patientinnen ihre Bedürfnisse von sich aus äussern, ist es wichtig nachzufragen. Eine offene Kommunikation kann zu einem gemeinsamen Verständnis führen, was der Patient im Moment als am hilfreichsten erachtet. Es ist zudem wichtig, in Erfahrung zu bringen, ob Patienten überhaupt Hilfe durch das Gesundheitspersonal wünschen. Dabei soll klar vermittelt werden, dass sie so unterstützt werden, wie sie es sich vorstellen. Werden Hilfsangebote abgelehnt, sollte dies akzeptiert werden. Die psychosozialen Problematiken sind in einigen Fällen so komplex, dass die Krebszentren nicht über die Ressourcen verfügen, um Betroffenen sämtliche benötigten Dienstleistungen anzubieten. Dies kann die Zusammenarbeit mit Anbietern zusätzlicher Dienste erforderlich machen.
<b>Hill et al. (2003)</b>	Die Hauptsorgen von Bronchialkrebskranken betrafen psychosoziale und nicht physische Aspekte. Das Angebot von emotionaler Unterstützung und die Reaktion auf psychosoziale Bedürfnisse sind deshalb notwendig. Allerdings hat sich herausgestellt, dass genau diese Bedürfnisse durch das Behandlungsteam am wenigsten effektiv behandelt wurden. Sie verweisen auf die grosse Bedeutung dieses Punktes, da ungelöste Sorgen ein erhöhtes Risiko für emotionalen Distress, Angst und Depressionen darstellen (Harrison et al., 1994, zit. nach Hill et al., 2003). Das Ziel, patientenzentrierte Dienstleistungen zu entwickeln, bedingt ein besseres Verständnis der Sorgen und Nöte der Patienten und Patientinnen. Es ist deshalb wesentlich, deren Sorgen überhaupt herauszufinden. Es darf nicht sein, dass Dienstleistungen und die Unterstützung für die Patienten nur auf Basis der persönlichen Einschätzung des Gesundheitspersonals angeboten werden. Deshalb sind präzise Assessments notwendig. Dies ist gemäss der Studie nur durch Schulungen des Personals in der Durchführung von Assessments möglich.
<b>Lehto (2011)</b>	Die frühe Identifizierung ihrer Sorgen ist für die Erkrankten entscheidend, um die Anpassung an die neuen Lebensumstände zu optimieren und Langzeit-

Studie	Schlussfolgerung
	<p>probleme zu vermeiden. Die Ergebnisse heben die Wichtigkeit hervor, dass die Mitglieder des Behandlungsteams die Bereitschaft zeigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– individuelle Sorgen zu erfassen,</li> <li>– zuzuhören und Anteil zu nehmen,</li> <li>– über die Sorgen zu sprechen (auch über unangenehme Themen wie das Rauchen oder den Tod),</li> <li>– Fragen zu beantworten und</li> <li>– die aktive Teilnahme am Behandlungsplan zu unterstützen.</li> </ul> <p>Diese Bemühungen können die krebisbedingten Sorgen der Patienten und Patientinnen vermindern. Das verwendete Assessmentinstrument war für die Patienten hilfreich, um wichtige Sorgen zu identifizieren und zu benennen. Da das Instrument sie aufforderte, auch über positive Bereiche ihrer Krankheit nachzudenken, gewannen sie an Perspektive.</p>
<b>Tishelman et al. (2010)</b>	<p>Da ein beträchtlicher Prozentsatz der Sorgen durch die Screening-/ Assessmentinstrumente nicht erfasst wurde, weisen die Forschenden auf die Notwendigkeit hin, die Wahl des Instrumentes in Bezug auf das Ziel und die Merkmale der Stichprobe sorgfältig zu überprüfen. Mit dem Ziel einer verbesserten Praxis und Forschung wird empfohlen - zusätzlich zu den bestehenden Fragebögen - ein systematisches Assessment zur Erfassung des Distress durchzuführen. Des Weiteren empfehlen die Forschenden die Entwicklung neuer Elemente in den Fragebögen. Insbesondere Disstress, der durch den Kontakt mit dem Gesundheitssystem ausgelöst wird, müsste dringend erfasst werden. Die Erfassung von schwerwiegendem Distress sei wesentlich, um die Bedürfnisse der Patientinnen zu identifizieren und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.</p>
<b>Ugalde et al. (2011)</b>	<p>Personen, welche mehr unerfüllte psychologische/emotionale Bedürfnisse hatten, litten unter höherem Distress. Über den Zusammenhang zwischen Distress und unerfüllten Bedürfnissen schreiben sie, dass entweder die unerfüllten Bedürfnisse den Distress auslösen könnten, oder Personen mit höherem Distress ein allgemein höheres Bedürfnis für Hilfe aufweisen. Das würde für die Praxis bedeuten, dass Personen mit hohem Distress ein breites</p>

Studie	Schlussfolgerung
	Screening für unerfüllte Bedürfnisse durchlaufen sollten.

## **5 Diskussion**

### **5.1 Kritische Würdigung der Literatur**

#### **5.1.1 Stichprobe und Setting**

Bronchialkrebserkrankte stellen eine Population dar mit welcher es schwierig ist, Studien durchzuführen. Gemäss Schofield et al. (2008) ist dies zurückzuführen auf deren schlechten Allgemeinzustand, den sich schnell verändernden Gesundheitszustand, oder auf die negative Haltung von Angehörigen oder professionellen Betreuern gegenüber einer Studienteilnahme. Deshalb wurden für die statistischen Datenanalysen möglichst alle Spenderdaten im vorgegebenen Zeitraum einbezogen. Folglich ist es möglich, dass die beiden Extremszenarien (noch sehr gesund und bereits schwer krank) ausgeschlossen wurden. Eine Berechnung zur Fallzahlbestimmung wurde in keiner Studie durchgeführt. Insbesondere in der Studie von Letho (2011) wäre dies wünschenswert gewesen, da die Stichprobe für die verwendeten Analyseinstrumente eher klein ist. Auch Ein- und Ausschlusskriterien und/ oder Drop-outs wurden in beinahe allen Studien mangelhaft beschrieben. (Fitch et al., 2010; Letho, 2011; Tishelman et al., 2010; Ugalde et al., 2011). Aufgrund der gesteuerten Stichprobenauswahl und den unzureichenden Beschreibungen ist eine verzerrte Stichprobe nicht auszuschliessen und eine Verallgemeinerung auf die Schweiz kritisch zu hinterfragen. Insbesondere der Anteil erkrankter Frauen an Lungenkrebs ist in der Schweiz kleiner als in den Studien (BFS, 2011). Da die Studien in verschiedenen Ländern mit soziokulturell unterschiedlichem Hintergrund durchgeführt wurden, kann das Setting als heterogen bezeichnet werden. Die teilweise grosse Zeitspanne zwischen Diagnose und Befragung in der Studie von Ugalde et al. (2011) ist kritisch zu betrachten und könnte einen Erinnerungsbias darstellen.

#### **5.1.2 Design, Datenerhebung und Ergebnispräsentation**

Letho (2011) und Tishelman et al. (2010) wählten ein Mixed-Methods-Design. Hill et al. (2003) erwähnen kein Studiendesign und Fitch et al. (2010) und Ugalde et al. (2011) führten eine Querschnittsstudie durch und wählten somit den quantitativen Ansatz. Die Designs eignen sich für die jeweiligen Fragestellungen.

Zur quantitativen Datenerhebung wurden verschiedene Screening- oder Assessmentinstrumente verwendet. Ugalde et al. (2011) und Letho (2011) verwenden reliable und valide Instrumente, Fitch et al. (2010) verwendeten ein valides Instrument, welches sie noch adaptierten. Die adaptierte Version war reliabel, zur Validität fehlen die Angaben.

Hill et al. (2003) führten auch eine Adaption eines reliablen und validen Instruments durch. Als eine Limitation beschreiben sie entstandene Schwierigkeiten mit dem Instrument. Obwohl sie beim Ausfüllen für Fragen anwesend waren, ist die Validität des Instrumentes nicht mehr gesichert. Tishelman et al. (2010) machen keine Aussagen, weder zur Reliabilität noch zur Validität. Der qualitative Ansatz beinhaltete eine offene Frage zu Beginn des Interviews. Die Vorgehensweise wird detailliert erläutert.

Mit Ausnahme des Distress Termometers, des DST und der 3CM beinhalten alle Assessmentinstrumente eine Likert-Skala. Es wird erfragt, wie stark etwas (als Schwierigkeit) erlebt wird, wie stark etwas als Bedürfnis empfunden wird oder wie stark etwas Distress oder Sorgen ausgelöst hat. In der Studie von Fitch et al. (2010), Hill et al. (2003) und Ugaldé et al. (2011) wurden die Antwortmöglichkeiten wenig, mittel und hoch zu einer Kategorie zusammengefasst. Die Anteile der einzelnen Antwortmöglichkeiten waren in keiner der Studien ersichtlich. Aussagen über die Stärke der Belastung können mit dieser einzelnen Kategorie nicht mehr gemacht werden. Es können lediglich Aussagen zur Häufigkeit gemacht werden. Hill et al. (2003) teilen die Antworten gemäss ihrem Median in die Kategorien „Gering“, „Mässig“ und „Bedeutend“ ein. Im Text wird dies zwar korrekt beschrieben, gewisse Ausdrücke in der Studie lassen Spielraum offen, dies als Stärke der Belastung zu interpretieren. In allen Studien werden die Ergebnisse durch Tabellen detailliert dargestellt. Da die Datenmenge erheblich ist, wurde im Ergebnis- und Diskussionsteil nicht auf alles eingegangen.

Die ethische Vorgehensweise wird in allen Studien beschrieben.

### **5.1.3 Datenanalyse**

Likert-Skalen verfügen strenggenommen über ein ordinales Datenniveau. Mit Ausnahme der Studie von Hill et al. (2010), wurden sie von allen als metrisch gehandhabt, weshalb die statistischen Tests, zur Berechnung der Unterschiede oder Zusammenhänge, nicht dem Datenniveau entsprechen. In der Praxis habe es sich gemäss Panfil und Mayer (2013) jedoch bewährt, von gleichmässigen Abständen und somit von einer metrischen Skala auszugehen.

In der Studie von Fitch et al. (2010) ist das Vorgehen bei der induktiven Datenanalyse detailliert beschrieben. Das Vorgehen der Studie von Tishelman et al. (2010) kann nicht genau nachvollzogen werden.



#### **5.1.4 Abschliessende Beurteilung**

In der Auseinandersetzung mit den Studien fiel auf, dass keine der Studien relevante Begriffe wie „psychosozial“, „psychologisch“ oder „emotional“ definiert hat. Dies widerspiegelt die Tatsache, dass sich die Forschenden in einem Forschungsfeld bewegen, in welchem keine allgemeingültigen Definitionen dieser Begriffe bestehen (Kleinginna und Kleinginna, 1981; Dubach, Stocker, Künzi und Baschung, 2011). Dies hatte zur Folge, dass das Verständnis dieser Begriffe in den Studien verschieden war. Die Unterteilung der Sorgen oder Bedürfnisse in den Screening- oder Assessmentinstrumenten und den Studien wich dementsprechend stark voneinander ab. Fitch et al. (2010) und Tishelman et al. (2010) konnten durch den gewählten Mixed Method Ansatz zahlreiche Facetten der Sorgen und Bedürfnisse Bronchialkarzinomkranker aufzeigen. Die quantitativen Studien zeigen statistisch signifikante Fakten auf, erläutern und diskutieren die für die Fragestellung dieser Arbeit relevanten Ergebnisse jedoch nur teilweise. Es bestehen teilweise gewisse Mängel (vgl. Anhang A), weshalb die Ergebnisse kritisch betrachtet und nicht immer wortwörtlich übernommen werden sollten. Durch die Durchführung umfangreicher Assessments und den daraus resultierende Ergebnissen über das Erleben dieser Population, geben sie jedoch einen Eindruck über die weitreichenden Belastungen und daraus resultierenden Bedürfnissen von Bronchialkarzinomkranken. Die Autorin erachtet die Studien deshalb als relevant bezüglich der Fragestellung dieser Bachelorarbeit.

Die Übertragung der Forschungsergebnisse in den Schweizer Kontext sollte zudem mit grosser Sorgfalt erfolgen, da keine der verwendeten Studien in der Schweiz durchgeführt wurde.

Alle Studien befinden sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um „single Studien“ handelt.

#### **5.2 Diskussion und Transfer in die Praxis**

Die Studienergebnisse zeigen, dass die psychosozialen Bedürfnisse von Personen mit einem neudiagnostizierten Bronchialkarzinom vielfältig sind und die Unterstützung der Betroffenen von grosser Wichtigkeit ist. Den wichtigen Stellenwert der psychosozialen Aspekte in der onkologischen Betreuung ist unter Schweizer Fachexperten anerkannt. Bereits im Nationalen Krebsprogramm [NKP] 2005 – 2010 wurde die psychosoziale Perspektive stark gewichtet. Eines der drei übergeordneten Ziele des NKP 2005–2010 war die Lebensqualität von Krebskranken zu steigern. Mehrere Teilziele und Massnahmen hatten eine verbesserte psychosoziale Versorgung zum Ziel.

Da die Ziele in dieser Zeitspanne nicht erreicht wurden, wurden sie in leicht adaptierter Form ins NKP 2011 - 2015 aufgenommen. Drei Ziele lauten aktuell:

- Der Bedarf für eine psychosoziale Unterstützung von Krebspatienten wird systematisch erfasst und entlang fundierter Richtlinien erfüllt
- Alle relevanten Berufsgruppen und die in der Schweiz wohnhaften Krebserkrankten sind über das Angebot an psychosozialer Unterstützung und Betreuung informiert
- Allen Krebserkrankten steht über den gesamten Betreuungsverlauf lückenlos ein professionelles und bedarfsgerechtes Angebot an psychosozialer Beratung und Betreuung zur Verfügung.

(Dubach et al., 2011).

Gemäss einer umfassenden Bestandesaufnahme der Krebsliga Schweiz mit über tausend Personen hat jeder zweite Krebspatient wichtige Bedürfnisse, die nicht befriedigt werden (Krebsliga Schweiz, 2004).

Werden psychosoziale Bedürfnisse nicht frühzeitig erkannt und erhalten Patienten keine bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung, kann dies gemäss Letho (2011) Langzeitprobleme zur Folge haben. Folgen von unerfüllten Bedürfnissen sind ein erhöhtes Angstlevel, vermehrte Depressionen und höherer Distress (Ugalde et al., 2011). Weiter wurden Zusammenhänge zwischen psychosozialem Leiden und gesteigerter Schmerzwahrnehmung, unvorteilhafter Verarbeitung der Krankheit, schlechterer Befolgung der medizinischen Behandlung und längerer Aufenthaltsdauer im Spital gefunden (Grassi und Travado, 2008).

Ursachen, weshalb psychosoziale Bedürfnisse nicht erkannt werden und/ oder keine bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung eingeleitet werden, sind:

- Zeitmangel oder Zeitdruck des Behandlungspersonals
- Knappe räumliche, personelle und finanzielle Ressourcen
- Patienten äussern ihre emotionale Befindlichkeit und ihre Unterstützungsbedürfnisse nicht (von sich aus). Ursachen sind Scham, Verleugnung oder empfundene Stigmatisierung.
- Unzureichende Rollendefinition unter dem Behandlungspersonal
- Fremdeinschätzung vom Personal unterscheidet sich stark von der individuellen Selbsteinschätzung des Patienten

- Emotionale Belastung des Behandlungspersonals.  
(Keller et al., 2004; Mitchell, Vahadzadeh und Magruder, 2011; Schofield, Carey, Bonevski und Sanson-Fisher, 2006)

Hill et al. (2003) verweisen in ihrer Studie auch auf die Differenz zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung. Damit die Dienstleistungen nicht aufgrund der Einschätzung des Personals angeboten werden, empfehlen sie die Durchführung von Assessments. Auch Herschbach und Weis (2008b) empfinden als einzig zuverlässige Lösung eine systematische Untersuchung aller Krebspatienten.

Hoekstra, Vernooij-Dassen, de Vos und Bindels (2007) empfehlen zudem, dass man nicht nur nach den schwersten Symptomen fragt, sondern auch nach denen, welche im täglichen Leben am belastendsten sind.

### **5.2.1 Assessment- /Screeninginstrumente**

Gemäss der Krebsliga Schweiz (2004) zählen die fehlende Abklärung, ob jemand psychotherapeutisch betreut werden muss, und die mangelnden systematische Erfassung psychosozialer Bedürfnisse zu den Hauptproblemen der psychosozialen Versorgung. Obwohl in den letzten Jahren die Sensibilisierung gegenüber psychosozialen Aspekten bei Krebserkrankungen bei den involvierten Berufsgruppen deutlich zugenommen hat, sind die Ziele des Nationalen Krebsprogramms noch nicht erreicht (Dubach et al. 2011). Aktuell ist die systematische Erfassung der psychosozialen Bedürfnisse von Krebspatienten noch nicht Standard, obwohl die Resultate der Studien den vorhandenen Bedarf aufzeigen.

Aus den Studien sticht kein Screening- oder Assessmentinstrument heraus, welches konsequent verwendet wurde, oder als Gold-Standard gilt. Das Distress Thermometer wurde als einziges Screeninginstrument in mehreren Studien verwendet. Diese Tatsache weist auf die Schwierigkeit hin, aus der grossen Anzahl bestehender Instrumente das „geeignetste“ für den Praxisgebrauch auszuwählen. Zur Ermittlung der gefährdeten Patienten sollten alle Patienten durch ein Screeninginstrument auf psychische Belastungen hin untersucht werden. Nur bei Patienten, welche einen auffälligen Wert erreichen, sollte ein vertieftes psychosoziales Assessment durchgeführt werden. Aufgrund der benötigten zeitlichen Ressourcen ist die Durchführung eines ausführlichen Assessments mit allen Patienten weder realistisch, noch sinnvoll. Dieses Vorgehen wird auch vom National Comprehensive Cancer Network geraten (2014).

Folgende Screeninginstrumente (vgl Tabelle 4 und Anhang E) werden von der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) und/ oder Meh-

nert, Lehmann, Cao und Koch (2006) empfohlen. Alle haben sich in der Praxis bewährt, sind in deutscher Sprache verfügbar, spezifisch für Krebspatienten, reliabel und valide und verfügen über hohe Akzeptanz bei den Patienten (Herschbach et al., 2008b; Mehnert et al., 2006):

Tabelle 4  
Screeningverfahren im Vergleich

	Verfahren	Länge (Items)	Dauer	Schwellenwerte
<b>Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)</b>	Fremdeinschätzungsskala für Professionelle	15	Kurzform: 7-10 Minuten  Standardversion: 25 – 30 Minuten	– Mind. 1 x 4 oder – 2 x 3 oder – 2 Zusatzitems oder 1 x 3 plus 1 Zusatzitem  Kurzform: >8
<b>Distress Thermometer</b>	Selbst-Beurteilungsinstrument	1 (34)	2 – 3 Minuten	Wert von $\geq 5$  Signal für Unterstützungsbedarf
<b>Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK)</b>	Selbst-Beurteilungsinstrument	23, 10	FBK-R23 ca. 10 Minuten,  FBK-R10 ca. 3 Minuten.	FBK-R23: > 34  FBK-R10: > 15
<b>Hornheider Screening-Instrument (HSI)</b>	Interview- oder Fragebogen-Version	7	Maximal 1 Minute	Betreuungsbedarf:  Interview: Berechnung durch Algorithmus  Fragebogen: $\geq 4$

Zwei weitere in den Studien verwendete Screeninginstrumente werden von Mehnert et al. (2006) empfohlen, von der Autorin für den klinischen Alltag in der Schweiz jedoch als nicht geeignet erachtet. Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und der Supportive

Care Needs Survey (SCNS). Die Gründe liegen in der Ausrichtung auf die Erfassung von Angst und Depressivität der HADS und dem nicht vorhanden sein einer deutschen Version des SCNS.

Aufgrund ihrer Erfahrungen würde die Autorin das Distress Thermometer zur routinemässigen frühzeitigen Erfassung psychosozialer Bedürfnisse wählen. Die Akzeptanz der Mitarbeiter und Patienten erlebte sie als sehr gross. Zudem war es schnell ausgefüllt und sprachlich nicht anspruchsvoll. Gemäss Jacobsen et al. (2005) gilt es aktuell als das wissenschaftlich am besten validierte Instrument und wird international breit verwendet. In der Praxis erlebte sie, dass es auf onkologischen Stationen bei Eintritt routinemässig durchgeführt wurde. Bei einem Wert über 4 wurde es nach sieben Tagen, bei Werten unter 4 nach 30 Tagen erneut durchgeführt.

In der Praxis ist es vorgekommen, dass nach dem Ausfüllen des Screeninginstruments keine Intervention erfolgt ist. Patienten äusserten daraufhin Unverständnis, weshalb der Fragebogen ausgefüllt werden musste. Mögliche Ursachen sieht die Autorin im Zeitmangel, in der ungenügenden Instruktion der Handhabung des Screeninginstruments oder in mangelndem Wissen über das bestehende Angebot. Dubach et al. (2011) schreiben, dass der Einsatz eines Screeninginstruments nur dann sinnvoll ist, wenn konkrete Hinweise zum weiteren Vorgehen und / oder über zuständige Fachpersonen und Institutionen definiert sind.

### **5.2.2 Aufgaben der Pflegefachpersonen**

Pflegende übernehmen im Team häufig die Vermittlerrolle. Durch ihre Tätigkeit und zeitliche Präsenz beim Patienten, sind die Pflegenden oft sehr eng mit den Patienten verbunden und können in der Regel besonders gut nachfühlen, wie es ihnen geht (Schwarz et al., 2008). Wie unter den Hindernissen einer bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung bereits aufgezählt, kann Scham oder Angst vor einer zusätzlichen Stigmatisierung aufgrund einer psychischen Störung dazu führen, dass psychische Belastungen nicht angesprochen und vorhandene Unterstützungsangebote nicht genutzt werden (Holland, 2002). Deshalb ist es wichtig, dass Pflegende aktiv auf die Patienten zugehen, Gesprächsangebote machen und emotionales Leiden als selbstverständlichen Aspekt einer Krebserkrankung thematisieren (Dubach et al., 2011). Weiter sollten die individuellen Bedürfnisse erfasst werden. Bedarf die psychosoziale Dienstleistung zusätzlicher Ausbildung oder kann sie aus Zeitgründen nicht ausreichend in die pflegerische Betreuung integriert werden, sollten die Patienten gezielt an die zuständige Stelle weiterverwiesen werden (Krebsliga

Schweiz, 2004). Fitch et al. (2010) weisen auf die Komplexität der psychosozialen Angelegenheiten hin und auf die Notwendigkeit, mit anderen Dienstleistern zusammen zu arbeiten. Mögliche zuständige Stellen können sein:

- Internen Dienste wie Onkologen, Seelsorger, psychoonkologische Berater, Sozialarbeiter oder Psychotherapeuten oder Psychiater mit psychoonkologischer Qualifikation
- Externen Institutionen/ Beratungsstellen wie die kantonalen und regionalen Krebsligen, Selbsthilfegruppen, psychiatrische Kliniken oder Abteilungen, externe Seelsorger oder staatliche Dienste (z.B. Sozialdienst oder Rechtsberatung)

Das gestufte Betreuungsmodell\* (siehe Abbildung 2) der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie [SGPO] (2007) veranschaulicht gut, ab wann intensivere psychosoziale Betreuung angezeigt ist. Gemäss der SGPO ist der mögliche Zuständigkeitsbereich der Pflege bis zur supportiven Betreuung von Patienten mit leichten bis mittleren psychosozialen Belastungen. Darüber hinaus wird eine psychoonkologische Therapie erforderlich. Konkrete darauf hinweisende Symptome könnten sein:

- „Sorgen und Ängste, die durch Beratung nicht reduziert werden
- Ausgeprägte Traurigkeit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- Sekundäre Belastungsfaktoren (wie zum Beispiel sehr konflikthafte Beziehungen)
- Suizidale Gedanken
- Fehlende Adhärenz (z.B. bezüglich Medikamenteneinnahme) oder drohender Abbruch notwendiger medizinischer Behandlungen.“ (SGPO, 2007, S.19)

Diese multi-/interdisziplinäre psychoonkologische Betreuung erfordert die Kooperation aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (Mehnert, Petersen und Koch, 2003). Ebenfalls von grosser Wichtigkeit ist eine enge Zusammenarbeit mit klarer Aufgabenteilung und gutem Informationsaustausch. (Weis et al., 2008, zit. nach SGPO, 2007). Damit die Kontinuität der psychoonkologischen Hilfestellungen auch nach Austritt gewährleistet ist, ist eine gute Zusammenarbeit und Kooperation zwischen stationären und ambulanten Dienstleistern notwendig. Vor Austritt sollte abgeklärt werden, ob die Patienten in ihrem privaten Umfeld über soziale Unterstützung und Ressourcen verfügen. Zudem sollte sichergestellt werden, dass sie über bestehende Angebote und Ressourcen für Hilfestellungen informiert sind (SGPO, 2007).

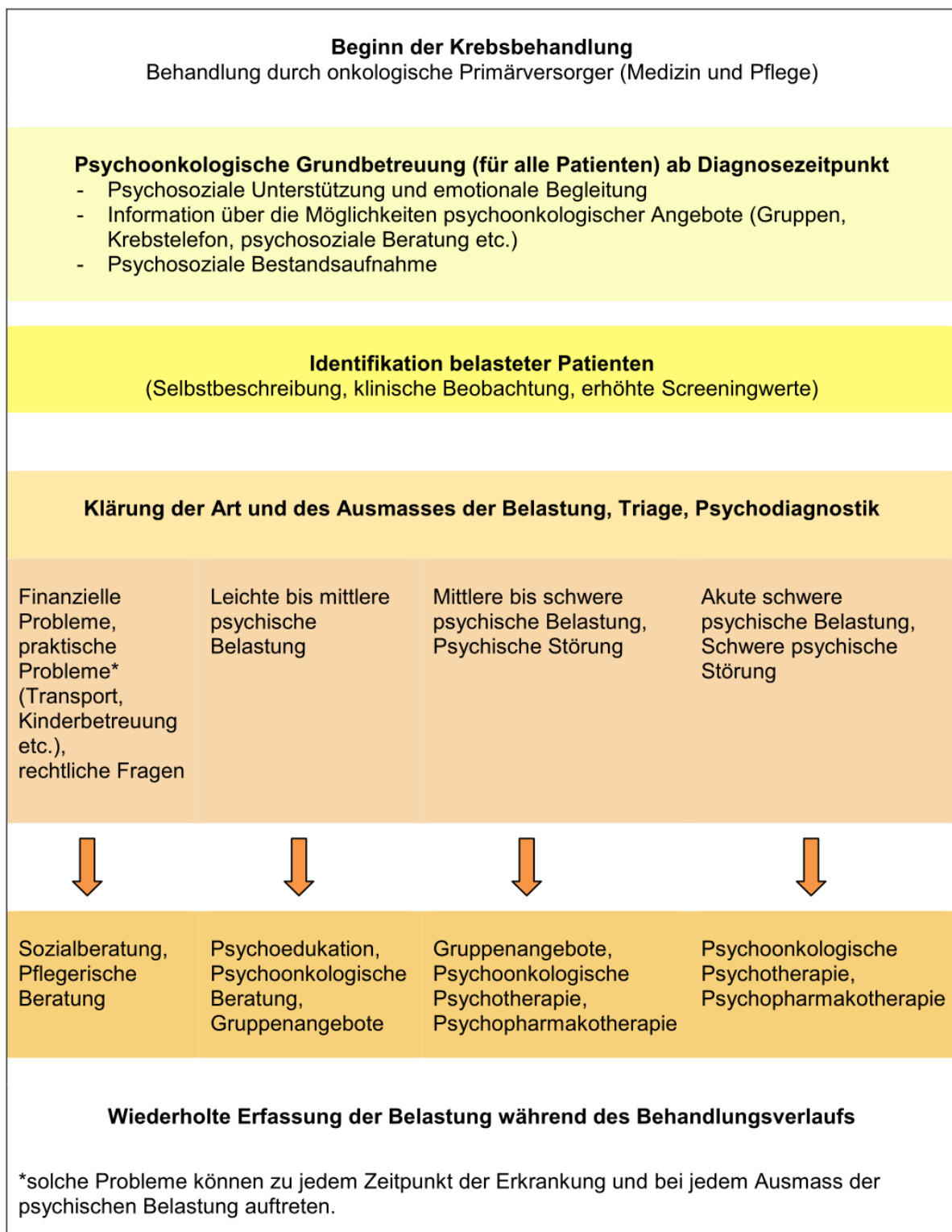


Abbildung 2  
Modell der gestuften psychoonkologischen Betreuung

Die Bestandsaufnahme der psychosozialen Onkologie in der Schweiz hat ergeben, dass hierin grosse Defizite bestehen. Einerseits wurden Patienten bis anhin nur lückenhaften über bestehende Angebote informiert, andererseits ist die Koordination und interdisziplinäre Zusammenarbeit mangelhaft (Krebsliga Schweiz, 2004).

## **5.3 Diskussion der Ergebnis-Kategorien und Transfer in die Praxis**

### **5.3.1 Unterstützung im Umgang mit Emotionen**

Episoden intensiver unangenehmer und belastender Emotionen wie Angst, Ärger oder Wut sind gemäss dem NCCN (2014) Teil einer normalen Reaktion auf ein einschneidendes Erlebnis wie eine Krebsdiagnose. Aus allen Studien sticht die Angst vor der Erkrankung heraus. Damit verbunden sind Ängste vor den ungewissen weiteren Krankheitsverlauf, vor den Zukunftsaussichten, oder Ängste vor den Folgen der Erkrankung. Die Bedürfnisse nach Unterstützung im Umgang mit diesen Ängsten sind auch für die Befragten der Studie von Sanson-Fisher et al. (2000) unter den wichtigsten unbefriedigten Bedürfnisse.

Ein Thema, dass in keiner der Studien thematisiert wurde sind die Schuldzuschreibungen die sich Betroffene machen. Vom Personal sollte dies unbedingt angesprochen werden, da die psychosoziale Thematik bei Bronchialkarzinomerkrankten wichtig sein kann (Zabara et al., 2001).

Gemäss der Krebsliga Schweiz (2004) nannten nur 12% das Bedürfnis einer Psychotherapie. Die Autorin hat dies in der Praxis auch oft beobachtet. Dies könnte auf die bereits erwähnte Angst vor Stigmatisierung zurückzuführen sein. Auf der Station auf welcher sie gearbeitet hat, war es deshalb üblich, dass die Psychoonkologin sich bei jedem Patienten persönlich vorgestellt hat und erklärt hat, was sie macht. Die Patienten konnten dann entscheiden, ob sie ein Gespräch mit ihr wünschten.

Pflegende sollen die Patienten im Gespräch darin unterstützen, die Ängste wahrzunehmen und zu beschreiben. Auf jeden Fall ist es wichtig, die Emotionen anzusprechen Als Ausgleich sollen Momente der Lebensfreude ermöglicht werden. Da Bewältigungsstrategien für eine solche Krise meist nicht vorhanden sind, sollen sie Betroffene in der Entwicklung einer positiven Coping-Strategie unterstützt werden.

### **5.3.2 Unterstützung im Umgang mit “Der Krankheit”**

Werden die Studien verglichen, wird ein extremer Unterschied sichtbar. Keines der überprüften Instrumenten, unter anderem das Distress Thermometer, der Studie von Tishelman et al. (2010) vermochte es „Die Krankheit als Ganzes“ abzubilden. Die Concern Checklist (vgl. Anhang E) enthielt eine Kategorie zur Krankheit an sich. Diese Kategorie wurde interessanterweise am häufigsten angekreuzt. Dieses Ergebnis hebt die Wichtigkeit hervor, den Patienten als Ganzes zu betrachten.



Im klinischen Alltag erachtet die Autorin eher das „nicht betrachten“ der einzelnen Aspekte, welche die gesamte Belastung auslösen, als ein Problem. Dass eine Krebserkrankung an sich sehr belastend ist, ist bekannt, und als Aussenstehende Person eher nachvollziehbar. Die Betrachtung des komplett ausgefüllten Screeninginstruments gibt folglich einen Hinweis auf die Gesamtsituation, mit den individuellen Facetten, die es anzugehen gilt. Enthält ein Screeninginstrument folglich keine konkrete Frage zur „Krankheit als Ganzes“, erachtet sie es aus genannten Gründen nicht als problematisch.

### **5.3.3 Unterstützung in spirituellen\* Fragen**

Die Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens löst, wie Letho (2011) erwähnt hat, viele Fragen aus. Die Autorin hat dies im klinischen Alltag häufig miterlebt. Oft stand die Frage nach dem „Warum“ im Vordergrund. War die Situation palliativ\*, rückten zusätzlich praktische Themen in den Vordergrund. Häufig wurden noch Dinge in Ordnung gebracht, ein Testament verfasst oder Wünsche in Bezug auf die Beerdigung besprochen. Teilweise entstanden auch Fragen, an welche Aussenstehende primär nicht denken würden. Beispielsweise war es für eine Patientin wichtig zu wissen, wie die Chance stand, dass sie an Weihnachten noch lebt. Es beschäftigte sie, ob sie Weihnachtsgeschenke kaufen sollte oder nicht.

Dass die Religion und Spiritualität auch eine Ressource zur Bewältigung der Krankheit darstellen können, bestätigt die SGPO (2007). Weiter schreibt die SGPO, dass die zuständigen Fachpersonen mit dem Thema Spiritualität vertraut sein oder ansonsten auf einen Seelsorger verweisen sollen. In der Praxis hat die Autorin erlebt, dass primär mit den Seelsorgern des Spitals, jemandem der eigenen Glaubensgemeinschaft, oder den Psychoonkologen über dieses Thema gesprochen wurde. Dieses Bild widerspiegelt sich in der ganzen Schweiz. In der Bestandesaufnahme haben 87% der Fachpersonen die spirituelle und religiöse Begleitung den Seelsorgern zugeordnet. (Krebsliga Schweiz, 2005). Die Autorin erachtet es trotzdem als wichtig, dass Pflegende Patienten in spirituellen Fragen unterstützen. Beispielsweise im Ermöglichen von Ritualen (Bsp: Rituelle Waschungen), Sinnfindungsmomente zu ermöglichen (Bsp: Das Krankenbett in den Park stossen), aktives Zuhören, sowie Organisation der oben erwähnten praktischen Themen.

### **5.3.4 Unterstützung in sozialen/ familienbezogenen Aspekten**

Bedürfnisse im Bereich der sozialen Kontakte und das Bedürfnis nach Unterstützung für die Interaktion mit den Angehörigen zählen gemäss der Bestandesaufnahme der Krebsliga zu den zentralen Bedürfnissen.

Die emotionale Unterstützung wird meistens vom Partner oder anderen Familienangehörigen oder Angehörigen geleistet (Faller, 2006). Einzig die Studie von Letho (2011) streift kurz die Betreuung von Angehörigen. Gemäss der Bestandesaufnahme der Krebsliga (2005) wird die Unterstützung von Familie und Angehörigen als wichtigster Punkt empfunden. Die Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte ist demnach ein zentrales Anliegen. In der Studie von Tishelman et al. (2010) berichten Betroffene von Einsamkeit und Isolation. Dies könnte auf die Stigmatisierung oder die Distanzierung des Umfeldes zurückzuführen sein. Patienten mit einem Bronchialkarzinom seien mehr als alle andere Krebspatienten dem Stigma ausgesetzt, selber für ihre Erkrankung verantwortlich zu sein. Dies liege daran, dass Zigarettenkonsum als Ursache für ein Bronchialkarzinom klar und bekannt sei (Suckel, 2012). Die Ursache der Distanzierung des Umfeldes könnte in einer hilflosen Sprachlosigkeit liegen (Hiddemann et al., 2010).

Durch eine Krebsdiagnose ist zudem der Alltag der ganzen Familie erheblich beeinflusst. Die Krankheit nimmt Raum ein und je schlechter der Gesundheitszustand ist, desto eingeschränkter kann die erkrankte Person die Aufgaben des Alltages wahrnehmen. Dies erfordert von allen Beteiligten eine Umstellung, Neuorientierung und zunehmend auch Mehrarbeit und Mehrbelastung (Krebsliga Schweiz, 2012). Dies kann Auslöser für die in den Studien beschriebene Angst sein, für die Familie zur Last zu werden.

Durch die erhöhte Reizbarkeit und knapperen zeitlichen Reserven können rasch Konflikte entstehen. (Krebsliga Schweiz, 2012) Betroffene berichten zudem von Schwierigkeiten über Themen wie Ängste, die Zukunft und darüber zu sprechen, was nach ihrem Tod geschehen wird (Schag, Ganz, Wing, Sim, & Lee, 1994) Dadurch können Krebserkrankungen zu Scheidungen und Trennungen führen. Deshalb wird die Wichtigkeit der Kommunikation mit dem Umfeld für alle Beteiligten hervorgehoben (Tschuschke, 2011).

Pflegende sollen die Betroffenen darin unterstützen, sich die Sorgen und Ängste um die Familie einzugestehen, sie zuzulassen und zu benennen. Allenfalls ist es notwendig, Betroffenen direkt auf diese Sorgen, Ängste oder Probleme anzusprechen. Zudem sollen sie Gespräche mit den Angehörigen fördern, in denen beide Parteien offen und ehrlich über ihre Bedürfnisse und Sorgen berichten.

### **5.3.5 Unterstützung in finanziellen Fragen**

Dass die Unterstützung in finanziellen Fragen in der Studie von Ugalde et al. (2011) als ein grosses Bedürfnis darstellt verwundert nicht, da finanzielle Probleme entstehen können. Diese können existentielle Sorgen und Belastungen auslösen und das Wohlbefinden

der Betroffenen negativ beeinflussen (SGPO, 2007). Finanzielle Fragen sind zudem stark mit den sozialen Aspekten verknüpft. Bei Patienten im berufsfähigen Alter können Ängste um die weitere berufliche Laufbahn aufkommen. Die bisherige Rolle kann dadurch in Frage gestellt werden. In palliativen Situationen kann die finanzielle Absicherung der Familie eine zusätzliche Belastung darstellen (Ewig, Hecker und Behringer, 2014).

In der Praxis hat die Autorin erlebt, dass für finanzielle Fragen üblicherweise die Sozialarbeiter zugezogen wurden. Dies macht insofern Sinn, da finanzielle Themen in der Ausbildung zur Pflegefachfrau nur gestreift werden und im Arbeitsalltag die Zeit fehlt, um sich vertieft in diese Thematik einzuarbeiten. Falls die Pflege trotzdem einmal Auskunft geben müsste, existiert der Leitfaden „Chronisch krank – was leisten die Sozialversicherungen?“. Er kann gratis von der Krebsliga bezogen werden. Darin wird übersichtlich erläutert, wie die finanziellen Folgen mit den Mitteln der Sozialversicherungen aufgefangen werden können.

### **5.3.6 Informationen vom/ Kommunikation mit dem Betreuungsteam**

In der Studie von Tishelman et al (2010) sticht das Bedürfnis heraus, dass Betroffene präzise Informationen über ihren Gesundheitszustand die Prognose und die Behandlung erhalten möchten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Bestandesaufnahme der Krebsliga Schweiz (2005) gemäss derer das Bedürfnis nach Information auch zu den wichtigsten Bedürfnissen zählt. Im Detail möchten Krebspatienten über den Krankheitszustand, die Heilungschancen und darüber was sie selbst zu ihrer Genesung beitragen können informiert werden. Patienten müssen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung viele existentielle Entscheidungen treffen. Die Pflicht den Patienten aufzuklären, damit er eine informierte Einwilligung\* geben kann, ist sogar im Patientinnen- und Patientengesetz des Kantons Zürichs (2004) im §13 festgehalten. Gemäss Jenkins, Fallowfield und Saul (2001) ziehen 87% der Krebserkrankten es vor so viele Informationen wie möglich zu erhalten. Dabei macht es keinen Unterschied, ob es sich um gute oder schlechte Nachrichten handelt. 95% der Erkrankten möchten wissen, wie ihre Prognosen stehen. Über 80% möchten über Behandlungspläne, Medikamente, Nebenwirkungen und die Erfolgsaussichten informiert werden (Mc Illumurray et al., 2001).

Es ist eine Tatsache, dass sich Patienten heutzutage häufig im Internet über die Erkrankung und Therapieformen informieren.

Die Autorin erachtet es deshalb als wesentlich, Patienten zu befähigen, die Qualität der Informationen beurteilen zu können und allenfalls auf geeignete Informationen zu verwei-

sen. Dabei sollten schriftliche Unterlagen gemäss London (2003) immer mit den Patienten besprochen werden.

Ein weiteres bekanntes Problem nach einer Diagnosestellung ist, dass Patienten aufgrund der Krisensituation nicht mehr so aufnahmefähig sind (Künzler, Mamié & Schürer, 2012).

Die Autorin hat im klinischen Alltag erlebt, dass Patienten oft nach Gesprächen mit den Ärzten Fragen gestellt haben, die thematisiert wurden im Gespräch. Dies könnte einerseits auf die verminderte Aufnahmefähigkeit, oder aber auf Verständnisprobleme zurückzuführen sein. Schwarz et al. (2008) erklären, dass Patienten oftmals weniger Scheu haben sich mit ihren Fragen an die Pflegenden zu wenden, da der Arzt nach wie vor als grössere Autorität betrachtet wird. Pflegende sollen in solchen Fällen die Vermittlerrolle zwischen Arzt und Patient einnehmen und die Patienten darin unterstützen, ihre Fragen zu klären.

Da die kommunikativen Anforderungen an das Betreuungsteam in der Onkologie sehr hoch sind, bietet die Krebsliga ein Kommunikationstraining an (Dubach et al. 2011).

#### **5.4 Limitationen**

Wie bereits erwähnt, bestehen in diesem Forschungsfeld keine allgemeingültigen Definitionen der wichtigen Begriffe. Da die Studien die Begriffe nicht definiert haben und die Sorgen und Bedürfnisse verschieden unterteilt haben, war es sehr schwierig, die Studien zu vergleichen und übergreifende Kategorien zu bilden. Dass die Assessmentinstrumente teilweise nicht zugänglich waren, hat dies zusätzlich erschwert.

Eine weitere Einschränkung der Arbeit ist, dass aktuell noch keine qualitative Studie existiert, welche sich mit den psychosozialen Bedürfnissen von Bronchialkarzinomkranken auseinander setzt. In Anbetracht der beschränkten Datenlage konnte in dieser Arbeit deshalb keine qualitative Studie verwendet werden. Dies zog in dieser Arbeit folgende Nachteile mit sich:

Wie insbesondere in der Studie von Tishelman et al (2010) darauf hingewiesen wurde, vermögen Assessmentinstrumente nie ein vollkommenes Abbild der Situation zu machen. Ein quantitatives Design hätte eventuell reichhaltigere Resultate zur Beantwortung der Fragestellung liefern können.

## **6 Schlussfolgerung**

### **6.1 Bezug zur Fragestellung und Zielsetzung**

Folgende Bedürfnisse haben sich durch die diskursive Auseinandersetzung mit der Literatur herauskristallisiert: Das Bedürfnis nach Unterstützung im Umgang mit Emotionen, im Umgang mit „Der Krankheit“, in spirituellen Fragen, in sozialen/ familienbezogenen Aspekten, die Unterstützung in finanziellen Fragen und das Bedürfnis nach Information und Kommunikation durch das Betreuungsteam.

Zurzeit bestehen leider noch einige psychosoziale Bedürfnisse die unerfüllt bleiben. Die Ursachen liegen entweder auf Seite der Erkrankten oder auf Seite des Behandlungsteams. Auf jeden Fall besteht Handlungsbedarf beim Fachpersonal. Ein konsequentes Erheben von psychosozialen Bedürfnissen und ein direktes Ansprechen ist unabdingbar, um Langzeitfolgen zu verhindern. Nur durch die Identifikation der Probleme können die Betroffenen im Umgang mit den psychosozialen Bedürfnissen individuell unterstützt werden.

Deshalb wäre die routinemässige Durchführung eines Screenings notwendig, wenn nicht essentiell, um Langzeitfolgen zu verhindern. Ein geeignetes Instrument wäre das Distress Thermometer. Es gilt als das am besten validierte Instrument und benötigt nur 2-3 Minuten zum Ausfüllen. Die psychosoziale Behandlung ist nur durch ein interprofessionelles Team möglich. Die Aufgabe der Pflege besteht insbesondere in der Identifikation der belasteten Patienten, der psychoonkologischen Grundbetreuung der Patienten und in dem zuverlässigen Beiziehen weiterer Fachpersonen, wenn die psychosoziale Dienstleistung zusätzlicher Ausbildung bedarf.

Die Sensibilisierung der Pflegefachpersonen eröffnet somit die grosse Chance, dass psychosoziale Bedürfnisse rechtzeitig wahrgenommen, frühzeitige Interventionen eingeleitet oder bei Bedarf andere Fachpersonen beigezogen werden.

### **6.2 Ausblick**

In einem weiteren Schritt wäre es interessant, potentielle Geschlechts- oder Altersunterschiede in psychosozialen Belastungen zu betrachten und zu diskutieren, welche Praxisimplikationen dies mit sich ziehen würde. Tishelman et al. (2010) verweisen in ihrer Studie zum Beispiel darauf, dass abhängig vom Alter unterschiedliche Screeninginstrumente zu bevorzugen seien. Ferner wäre interessant zu betrachten, wie sich die Bedürfnisse im Verlaufe der Krankheit verändern.

In dieser Arbeit wurde die Thematik der Be- und Überbelastung von Angehörigen nicht weiter verfolgt, da es den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte. In der Praxis ist es jedoch von grosser Wichtigkeit, auch die Angehörigen miteinzubeziehen, da durch eine Krebsdiagnose das ganze Familiensystem verändert und beeinträchtigt wird. Gemäss der Krebsliga Schweiz (2004) gab es unter den Angehörigen sogar mehr Bedürfnisse, die eher unzureichend erfüllt waren.

Weiter war der Fokus dieser Arbeit auf der Versorgung im stationären Bereich. Da Chemo- oder Radiotherapien heute auch ambulant durchgeführt werden können, stellt die Betrachtung der Herausforderungen im ambulanten Bereich ein weiteres wichtiges Forschungsfeld dar.

## Verzeichnisse

### Literaturverzeichnis

- Akechi, T., Okamura, H., Okuyama, T., Furukawa, T. A., Nishiwaki, Y. & Uchitomi, Y. (2009). Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 23-29.
- Akechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Azuma, H., Sagawa, R., Furukawa, T. A. & Uchitomi, Y. (2006). Course of psychological distress and ITS predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 463–473.
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). Krebserkrankungen in der Schweiz. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14296/14559/index.html?lang=de> am 09.09.2014
- Carlson, L. E. & Bultz, B. (2004b). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psycho-Oncology*, 13, 837-849.
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J. H., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpson, J. S., Specia, M., Tillotson, L. & Bultz, B. D. (2004a). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90, 2297-304.
- Cooley, M. E., Short, T. H. & Moriarty H. J. (2003). Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 12, 694-708.
- Corner, J., Hopkinson, J., Fitzsimmons, D., Barclay, S. & Muers, M. (2005). Is late diagnosis of lung cancer inevitable? Interview study of patients' recollections of symptoms before diagnosis. *Thorax*, 60, 314-319.
- Dorsch – Lexikon der Psychologie (n. d.). Bedürfnis. Heruntergeladen von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/beduerfnis/> am 12.09.2014
- Dorst, B. (2011). Erkrankung, Sinnfragen und Spiritualität. In C. Diegelmann & M. Isermann (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Psychoonkologie* (S. 184-191). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Dubach, P., Stocker, D., Künzi, K. & Baschung, B. (2011). Psychosoziale Unterstützung. In Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesund-

- heitsdirektorinnen und -direktoren (Hrsg.), *Nationales Krebsprogramm Schweiz 2011 - 2015* (S. 124 -135). Bern: Oncosuisse.
- Ecoplan. (2014). *Palliative Care und Psychische Erkrankungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Ekert, B. & Ekert, C. (2013). *Psychologie für Pflegeberufe*. Stuttgart: Thieme.
- Ewig, S., Hecker, E. & Behringer, D. M. (2014). Lungenkrebs: Individuelle Therapie im zertifizierten Thoraxzentrum. Stuttgart: Thieme.
- Faller, H. (2006). Onkologie. In H. Faller & H. Lang (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie* (S. 222-225). Heidelberg: Springer.
- Fitch, M. I. & Steele, R. (2010). Supportive care needs of individuals with lung cancer. *Canadian oncology nursing journal*, 20, 15-22.
- Galway, K., Black, A., Cantwell, M., Cardwell, C. R., Mills, M. & Donnelly, M. (2012). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *The Cochrane Library*, 11, 1-69.
- Gerdes, N. (1985). Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. In: Bettex, M. (Hrsg.) *Sturz aus der normalen Wirklichkeit. Ergebnisbericht der 2. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V. und der 6. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychoonkologie, 1.- 4.11.1984*, Bad Herrenalb.
- Grassi, L. & Travado, L. (2008) The role of psychosocial oncology in cancer care. In M. Coleman, D. M. Alexe, T. Albrecht & M. McKee (Hrsg.), *Responding to the challenge of cancer in Europe*. (S. 209 – 229). Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.
- Herschbach, P. & Heussner, P. (2008a). *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis*. Krugzell: Klett-Cotta.
- Herschbach, P. & Weis, J. (2008b). Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Deutsche Krebsgesellschaft. Heruntergeladen am 19.04.2015 von [http://www.krebsgesellschaft.de/download/pso\\_broschuere.pdf](http://www.krebsgesellschaft.de/download/pso_broschuere.pdf)
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91, 504 – 511.
- Hiddemann, W., Feuring-Buske, M., Lindner, L. H., Krych, M., Huber, H. & Bartram, C. R. (2010). Was ist Krebs. In W. Hiddemann & C. Bartram (Hrsg.), *Die Onkologie. Teil 1*,



*Epidemiologie, Pathogenese, Grundprinzipien der Therapie* (S. 3-16). Heidelberg: Springer.

- Hill, K. M., Amir, Z., Muers, M., Connolly K. & Round C. (2003). Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met?. *European Journal of Cancer Care*, 12, 35–45.
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F. & Holland, J. C. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. A multicenter evaluation of the distress thermometer. *Cancer*, 103, 1494-1502.
- Jenkins, V., Fallowfield, L. & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*, 84, 48-51.
- Kantonsrat (2004). Patientinnen- und Patientengesetz. Heruntergeladen von [http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex\\_r.nsf/0/A2464D55ABBA2D74C1257C3F003A675C/\\$file/813.13\\_5.4.04\\_83.pdf](http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex_r.nsf/0/A2464D55ABBA2D74C1257C3F003A675C/$file/813.13_5.4.04_83.pdf) am 20.04.2014
- Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, J., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B. Ch. H. & Lehner, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: A multi-method approach. *Annals of Oncology*, 15, 1243-1249.
- Kleinginna, P. R. & Kleinginna, A. M. (1981). A Categorized List of Emotion Definitions, with Suggestions for a Consensual Definition. *Motivation and Emotion*, 5, 345-379.
- Krebsliga Schweiz (2004). Psychosoziale Onkologie in der Schweiz – Schlussbericht der Bestandesaufnahme. Heruntergeladen von [https://assets.krebsliga.ch/downloads/psysoz\\_onk\\_lang.pdf](https://assets.krebsliga.ch/downloads/psysoz_onk_lang.pdf) am 19.04.2015
- Krebsliga Schweiz (2010). Lungenkrebs: nach wie vor ein Tabuthema. Heruntergeladen von [http://www.krebsliga.ch/de/uber\\_uns/medienschaffende2/medienmitteilungen.cfm?236/1/Lungenkrebs-nach-wie-vor-ein-Tabuthema](http://www.krebsliga.ch/de/uber_uns/medienschaffende2/medienmitteilungen.cfm?236/1/Lungenkrebs-nach-wie-vor-ein-Tabuthema) am 09.09.2014
- Krebsliga Schweiz (2012). Krebs trifft auch die Nächsten. Heruntergeladen von <https://assets.krebsliga.ch/downloads/1026.pdf> am 20.04.2015
- Künzler, A., Mamié, S. & Schürer, C. (2012). *Diagnose-Schock: Krebs*. Berlin: Springer Verlag.
- Lehto, R. H. (2011). Identifying Primary Concerns in Patients Newly Diagnosed With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38, 440-447.

- Li, L. & Girgis, A. (2006). Supportive care needs: Are patients with lung cancer a neglected population?. *Psycho-Oncology*, 15, 509-516.
- London, F. (2003). *Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur patientenbezogenen Patientenedukation*. Bern: Huber.
- Maguire, R., Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., Simpson, M. F., McPhelim, J. & Irvine, L. (2013). Patient-Reported Outcome Measures for the Identification of Supportive Care Needs in People With Lung Cancer: Are We There Yet? *Cancer Care*, 36, E1 – E17.
- Mc Illmurray, M. B., Thomas, C., Francis, B., Morris, S., Soothill, K. & Al Hamada, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observatory study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 261-269.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P. & Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie - Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 462-479.
- Mehnert, A., Petersen, C., Koch, U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 77–84.
- Mitchell, A. J., Vahadzadeh, A., Magruder, K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psychooncology*, 20, 572-584.
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Distress Management. Definition of Distress in Cancer. Heruntergeladen von <http://williams.medicine.wisc.edu/distress.pdf> am 19.04.2015
- National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. (1997). Feeling Better: Psychosocial Care in Specialist Palliative Care. *Occasional paper*, 13.
- Panfil, E. M. & Mayer, H. (2013). Quantitative Forschungsdesigns. In H. Brandenburg, E. M. Panfil & H. Mayer (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (S. 85-103). Bern: Hans Huber.
- Refsgaard, B. & Frederiksen, K. (2013). Illness-Related Emotional Experiences of Patients Living With Incurable Lung Cancer. A Qualitative Metasynthesis. *Cancer Nursing*, 36, 221-228.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. & Cook, P. (2000). The Unmet Supportive Care Needs of Patients with Cancer. *Cancer*, 88, 225-236.
- Schag, C. A. C., Ganz, P. A., Wing, D. S., Sim, M. S. & Lee, J. J. (1994). Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Qual Life Res*, 3, 127-141.

- Schlumpf, E. (2012). *Lungenkrebs. Bronchialkarzinom. Eine Information der Krebsliga für Betroffene und Angehörige*. Bern: Krebsliga Schweiz.
- Schofield, P., Carey, M., Bonevski, B. & Sanson-Fisher, R. (2006). Barriers to the provision of evidence-based psychosocial care in oncology. *Psychooncology*, 15, 863-872.
- Schofield, P., Ugalde, A., Carey, M., Mileskin, L., Duffy, M., Ball, D. & Aranda, S. (2008). Lung cancer: challenges and solutions for supportive care intervention research. *Palliative and Supportive Care*, 6, 281–287.
- Schrimpf, M. (2012). Skripte allgemeine und spezielle Tumorlehre. Heruntergeladen von <https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=280592> am 19.04.2015
- Schwarz, R. & Singer, S. (2008). *Einführung Psychosoziale Onkologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie (2007). Leitlinien zur psychoonkologischen Betreuung von erwachsenen Krebskranken und ihren Angehörigen. Heruntergeladen von [http://www.psychologie.ch/fileadmin/user\\_upload/dokumente/fsp-doks/14.07.08\\_leit\\_Leitlinien\\_D.pdf](http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/fsp-doks/14.07.08_leit_Leitlinien_D.pdf) am 19.04.2015
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R-D., Köhler, U., Krauss, O. & Schwarz, R. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, 2071–2076.
- Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., De Geest, S. & die Gruppe «Zukunft Medizin Schweiz»\* der SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften). (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*, 19, 45–51.
- Suckel, I. (2012). „...und dann ist plötzlich nichts mehr freundlich.“ – Über die Kunst zu(m) Leben – Aspekte des Copings am Beispiel der Tagebuchaufzeichnungen einer Krebserkrankung von Christoph Schlingensief. Hamburg: Bachelor + Master Publishing.
- Thornton, A. A., Owen, J. E., Kernstine, K., Koczywas, M., Grannis, F., Cristea, M., Reckamp, K. & Stanton, A. L. (2012). Predictors of finding benefit after lung cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 21, 365-373.
- Tishelman, C., Lövgren, M., Broberger, E., Hamberg, K. & Sprangers, M. A. G. (2010). Are the Most Distressing Concerns of Patients With Inoperable Lung Cancer Adequately Assessed? A Mixed-Methods Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 28, 1942-1949.
- Tschuschke, V. (2011). *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer.

Ugalde, A., Aranda, S., Krishnasamy, M., Ball, D. & Schofield, P. (2011). Unmet needs and distress in people with inoperable lung cancer at the commencement of treatment. *Support Care Cancer*, 20, 419-423.

Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 <i>Haupttypen Bronchialkarzinome (Krebsliga Schweiz, 2012)</i> .....	4
Tabelle 2: Suchbegriffe in Deutsch, Keywords in Englisch, MeSh-Terms und Cinahl Headings.....	8
Tabelle 3 <i>Übersicht der verwendeten Studien</i> .....	9
Tabelle 4 <i>Screeningverfahren im Vergleich</i> .....	24
Tabelle 5 <i>Glossar</i> .....	42

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 <i>Bedürfnispyramide angelehnt an Ekert et al. (2013) S. 49</i> .....	6
Abbildung 2 <i>Modell der gestuften psychoonkologischen Betreuung</i> .....	27

## **Wortzahl**

Abstract: 195

Arbeit: 7955

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Hodel, für ihre hilfreiche und stets motivierende Unterstützung und Beratung während meines Arbeitsprozesses, bedanken.

Aus tiefstem Herzen bedanke ich mich auch bei meiner Familie, meinen Angehörigen und Freunden der Familie. Ohne ihre Gedankenanstörungen, Korrekturen und die Beratung wäre die Arbeit nicht das, was sie jetzt ist.

## **Eigenständigkeitserklärung**

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

Ort/Datum: .....

Unterschrift: .....

## Anhang

### Anhang A Glossar

Tabelle 5  
Glossar

Begriff	Definition/ Erklärung	Quelle
Emotionen	Die Definition des Phänomens Emotion ist uneinheitlich und hängt stark vom beleuchteten Schwerpunkt ab. In dieser Arbeit wird darunter ein positiv oder negativ empfundener bewusster oder unbewusster innerer Zustand verstanden. Dazu zählt entweder eine Gefühlsregung, ein erlebtes Gefühl oder ein emotionaler Zustand. Grundgefühle steigern sich üblicherweise bei starkem Stress, geistigen Störungen, Krankheiten und während verschiedener Übergangsstadien des Lebens. Abhängig von verschiedenen Einflussfaktoren gilt es in unterschiedlichem Maße als angebracht, Gefühle zu äußern oder nicht zu äußern.	Pschyrembel Pflege (2011). Heruntergeladen von: <a href="http://www.degruyter.com/view/pflege/9796714?language=am">http://www.degruyter.com/view/pflege/9796714?language=am</a> 04.04.2015
Epithel	Gewebe, welches die inneren und äusseren Oberflächen des Körpers auskleidet.	Doccheck. Heruntergeladen von: <a href="http://flexikon.doccheck.com/de/Epithel">http://flexikon.doccheck.com/de/Epithel</a> am 06.04.2015
Familienmitglieder	In dieser Arbeit werden unter Familienmitgliedern nicht nur Personen verstanden die verwandt sind. Sie können zudem zusammenwohnen oder nicht.	Wright, M. & Leahey, M. (2009) Familienzentrierte Pflege - Assessment und familienbezogene Interventionen. Bern: Verlag Hans Huber.

Gestuftes Betreuungs- modell	Ein Modell, welches ein praxisna- hes und effizientes Vorgehen ermöglicht. Es erlaubt, die Betreuungsmassnahmen dem individuellen Bedarf der Patienten anzupassen. Dadurch kommt erst dann eine intensivere Betreuung zur Anwendung, wenn diese tat- sächlich für den Einzelfall ange- zeigt ist.	Kusch, M., Labouvie, H. & Hein- Nau, B. (2013). Gestufte psycho- onkologische Versorgung. In Klinische Psychoonkologie (pp. 190-236). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
Informierte Einwilligung	Dies bedeutet, dass der betroffe- nen Person alle relevanten Infor- mationen übermittelt worden sind und sichergestellt wurde, dass sie diese auch verstanden hat.	BAG (n.d.). Informierte Einwilli- gung. Heruntergeladen von <a href="http://www.bag.admin.ch/transplan-tation/10023/13118/13129/index.html?lang=de">http://www.bag.admin.ch/transplan- tation/10023/13118/13129/index.html ?lang=de</a> am 20.04.2015
Mortalität	„Anteil der Todesfälle bezogen auf eine definierte Bevölkerung und eine festgelegte Zeitspanne.“	BFS (2011, S. 15)
Palliativ/ Palliation	Palliation (lat. Linderung) be- zeichnet allgemein eine medizini- sche oder pflegerische Massnah- me, deren primäres Ziel nicht der Erhalt, die Heilung oder die Wie- derherstellung der normalen Kör- perfunktion, sondern deren best- mögliche Anpassung an die ge- gebenen physiologischen und psychologischen Verhältnisse ist, ohne gegen den zugrundeliegen- den Defekt oder die zugrundelie- gende Erkrankung selbst zu wir- ken.	Wikipedia.(n.d.) Palliation. Herun- tergeladen von <a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Palliation">http://de.wikipedia.org/wiki/Palliation</a> am 20.04.2015

Screening-instrument	Ein Screeninginstrument ist definiert als ein Verfahren zur Identifizierung von Personen mit bestimmten Merkmalen aus einer großen Gruppe von Personen.	Mehnert et al. (2006)
Spiritualität	In dieser Arbeit werden unter Spiritualität neben der Religiosität und dem Feiern religiöser Feste auch philosophische und ideologische Orientierungen, oder die Suche nach dem Sinn des Lebens und die Auseinandersetzung mit Sterblichkeit und Tod verstanden.	Pschyrembel Pflege (2011). Heruntergeladen von: <a href="http://www.degruyter.com/view/pflege/9798723?rskey=en95S4&amp;result=14&amp;dbq_0=Spiritualit%C3%A4t&amp;dbf_0=psy-full-text&amp;dbt_0=fulltext&amp;o_0=AND&amp;searchwithindbid_1=pflege-online">http://www.degruyter.com/view/pflege/9798723?rskey=en95S4&amp;result=14&amp;dbq_0=Spiritualit%C3%A4t&amp;dbf_0=psy-full-text&amp;dbt_0=fulltext&amp;o_0=AND&amp;searchwithindbid_1=pflege-online</a> am 10.04.2015



# Leitfragen quantitatives Forschungsdesign

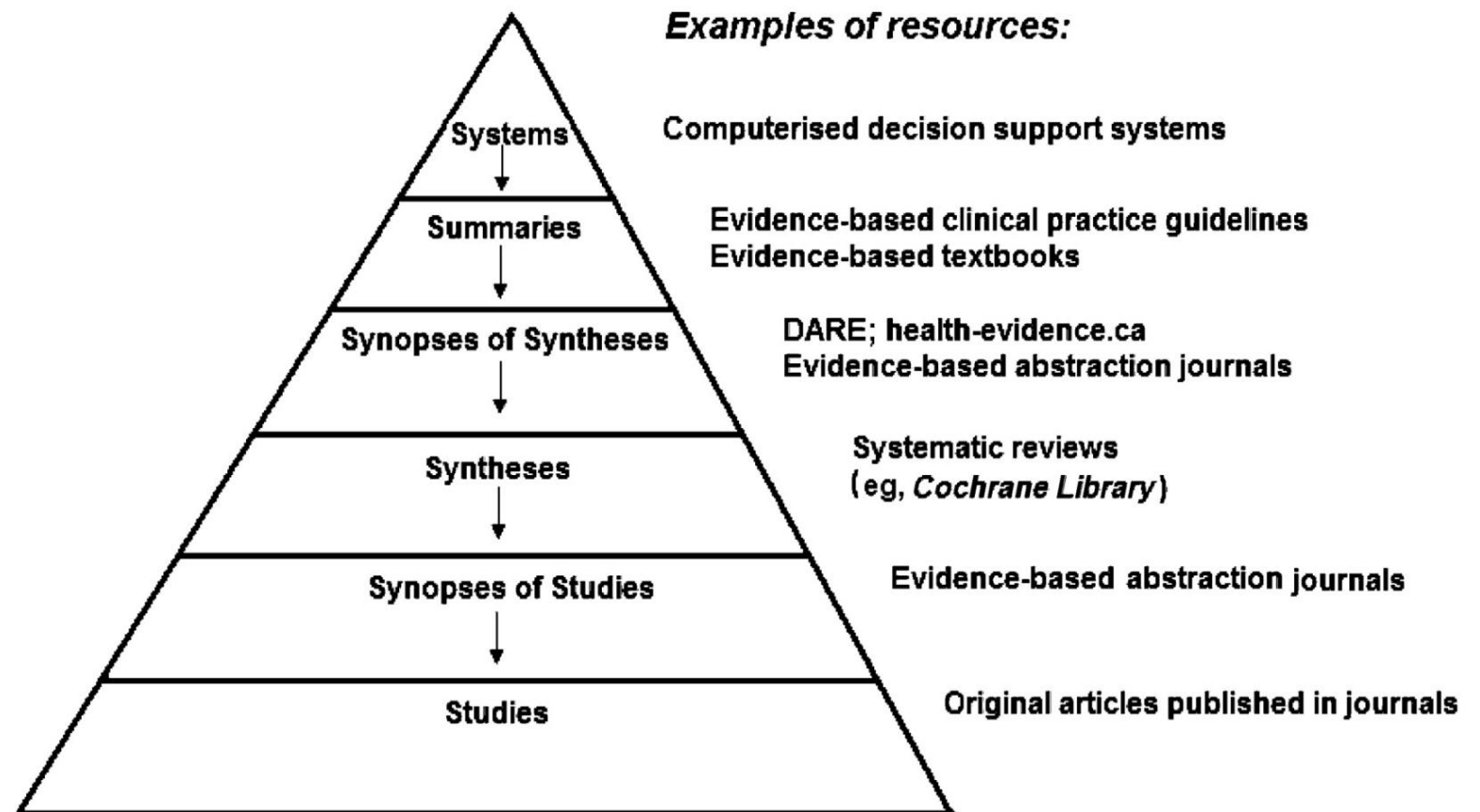
Adina Wernli

## Leitfragen qualitatives Forschungsdesign

	Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um welches Phänomen handelt es sich?</li> <li>• Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert?</li> <li>• Wie lautet die Forschungsfrage?</li> <li>• Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?</li> <li>• Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege?</li> <li>• Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</li> <li>• Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</li> <li>• Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt?</li> <li>• Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</li> </ul>
	Ansatz/Design	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich?</li> <li>• Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</li> </ul>
Methode	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um welche Population handelt es sich?</li> <li>• Welches ist die Stichprobe? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wer? Wieviel? Charakterisierungen?</li> </ul> </li> <li>• Wie wurde die Stichprobe gezogen? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Probability sampling?</li> <li>– Non-probability sampling?</li> </ul> </li> <li>• Gibt es verschiedene Studiengruppen?</li> <li>• Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht?</li> <li>• Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</li> </ul> </li> <li>• Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?</li> <li>• Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</li> <li>• Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen?</li> <li>• Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</li> </ul>
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Interview</li> <li>– Beobachtung</li> <li>– Fokus Gruppe</li> <li>– Schriftstücke &amp; Kunstformen</li> </ul> </li> <li>• Wie häufig wurden Daten erhoben?</li> <li>• Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?</li> <li>• Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?</li> <li>• Wird die Datensättigung diskutiert?</li> <li>• Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?</li> </ul>
	Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Phänomenologie, Grounded Theory, Ethnographie etc., oder „qualitativ-deskriptiv“, „qualitativ-explorativ“ - mit Bezug zu einer allgemein akzeptierten Vorgehensweise oder Begründung weshalb anders.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt?</li> <li>• Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie?</li> <li>• Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)?</li> <li>• Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z. B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet?</li> </ul>
	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet?</li> <li>• Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</li> <li>• Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</li> <li>• Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</li> <li>• Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</li> <li>• Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</li> <li>• Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</li> </ul>
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?</li> <li>• Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</li> </ul>

Ergebnis	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.?</li> <li>• Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergegeschichten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden?</li> <li>• Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</li> <li>• Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</li> <li>• Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</li> <li>• Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt?</li> <li>• Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes?</li> <li>• Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar?</li> <li>• Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</li> </ul>
	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen?</li> <li>– Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden?</li> <li>– Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</li> <li>• Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</li> <li>• Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</li> <li>• Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)?</li> </ul>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?</li> <li>• Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</li> <li>• Welches ist der Evidence-Level der Studie?</li> </ul>

## Anhang C 6S Pyramide



DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs*, 12(4), 99-101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b



## Anhang D Studienbeurteilungen

Referenz: Fitch, M. I. & Steele, R. (2010). Supportive care needs of individuals with lung cancer. *Canadian oncology nursing journal*, 20, 15 - 22.

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Forschungsfrage/ Ziel:</b> Das Hauptziel dieser Studie war es, die Bandbreite der physischen, emotionalen, sozialen, spirituellen, psychologischen und praktischen <i>supportive care needs</i> von Patienten mit einem Bronchialkarzinom, welche in einem regionalen ambulanten Krebszentrum in Behandlung waren, zu ermitteln. Ein weiteres Ziel war herauszufinden, ob die Patienten Unterstützung in der Bewältigung dieser Bedürfnisse wünschten.</p> <p><b>Bezugsrahmen &amp; Forschungsbedarf:</b> Es werden einige Studien zitiert, die über die funktionellen Beeinträchtigungen, die Symptomlast, den Distress und die damit verbundene Mindering der Lebensqualität schreiben.</p>	<p><b>Design:</b> Es wurde eine deskriptive Querschnittstudie gemacht.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Gezielte Auswahl Wissenschaftliche Mitarbeiter (RA) berateten sich mit den Mitarbeitern der Lungenklinik, um potentielle Teilnehmer zu identifizieren. 86 Patienten nahmen an der Studie teil.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> - Definitive Diagnose eines Bronchialkarzinoms - Alter: <math>\geq 18</math> Jahre</p> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b> Der RA gab jedem Teilnehmer einen Selbstbeurteilungfragebogen ab und beurteilte, ob der Patient Unterstützung zum Ausfüllen benötigte.</p> <p><u>Mit Unterstützung:</u> Beendung des Fragebogens durch ein strukturiertes Interview in einem ruhigen Raum mit Privatsphäre. <u>Ohne Unterstützung:</u> 1) Der RA fragte zu einem festgelegten Zeitpunkt nach, um den Fragebogen einzusammeln. 2) Die Patienten konnten den Fragebogen in eine dafür vorgesehene Box in der Klinik deponieren. 3) Wenn der Patient den Fragebogen bis Ende des Aufenthaltes nicht abschliessen konnte gab ihnen der RA ein frankiertes und adressiertes Couvert zur Rücksendung mit.</p> <p>Der Fragebogen war in zwei Teile gegliedert: - Acht Fragen zur Erfassung der demographischen Daten. - Eine adaptierte Version des <i>Supportive Care Needs Survey</i> (Bonevski et al., 2000) durch das For-</p>	<p><b>Wichtigste Ergebnisse:</b> <u>Demographische Daten:</u> - 59% Frauen - Ähnlich wie die Klinikpopulation war die Stichprobe älter. Die Hälfte war über 65 Jahre alt. - 77% war verheiratet - 29 Personen (wenig mehr als 1/3) hatten mind. einen Collageabschluss - Bei 30% war es 1 Jahr unter einem Jahr her seit der Diagnose, bei 41% war es zwischen 1-2 Jahre her seit der Diagnose</p> <p><u>Beziehungen:</u> Zwischen dem Geschlecht und der Domäne „Praktische Bedürfnisse“ → Frauen haben einen leicht höheren Mittelwert als die Männer (<math>p = 0.0478</math>)</p> <p><u>Bedürfnisse:</u> Die folgenden Items haben mind. 25%/ 47% der der Patienten als problematisch bewertet: <u>Physische Bedürfnisse:</u> Energiemangel (<math>n=59</math>), Nicht fähig sein, Dinge zu tun, die man sich gewohnt ist (<math>n=52</math>), Atemnot (<math>n=42</math>), Husten (<math>n=40</math>), Nicht fähig sein Arbeiten im Haushalt zu machen (<math>n=39</math>), Unwohlsein (<math>n=35</math>), Schmerzen (<math>n=29</math>), Appetitmangel (<math>n=26</math>), Veränderungen in den sexuellen Gefühlen (<math>n=23</math>) <u>Emotionale Bedürfnisse:</u> Sich niedergeschlagen/ bedrückt fühlen (<math>n=40</math>), Gefühle von Traurigkeit (<math>n=35</math>), Gefühle von Langeweile/ Das Gefühl nicht gebraucht zu werden (<math>n=34</math>), Angst (<math>n=33</math>), Sorgen darüber, dass die Resultate der Behandlung ausserhalb der eigenen Kontrolle sind (<math>n=29</math>), Angst vor der Behandlung (<math>n=26</math>)</p>	<p><b>Ergebnisse erklärt/ interpretiert:</b> Ein beträchtlich grosser Anteil erlebte hohen Distress aufgrund der zu bewältigenden Angelegenheiten. Viele der physischen Bedürfnisse waren ähnlich wie in der Literatur bereits beschrieben. Die physischen Bedürfnisse waren sehr häufig, aber auch die nicht physikalischen Bedürfnisse wie zum Beispiel die psychologischen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse gehörten zu den meistgenannten Bedürfnissen. In einigen Studien wurden diese Bedürfnisse auch bereits erwähnt. In dieser Studie wurde zum ersten Mal über den Anteil der Personen berichtet, die aufgrund des Erlebten Distress erlebten. Das verwendete Assessmentinstrument erlaubte eine umfassende Erhebung der Bedürfnisse durch das ganze Spektrum der <i>supportive care</i>. Das Aufdecken der Probleme ermöglicht es dem Gesundheitspersonal, Unterstützung anzubieten. Es sollen die psychischen, sowie die physischen Probleme gewürdigt werden. Da nicht alle Patienten ihre Bedürfnisse von alleine äussern, ist es wichtig nachzufragen. Eine offene Diskussion kann zu einem gemeinsamen Verständnis darüber führen, was der Patient im Moment als am hilfreichsten erachtet. Es ist jedoch wichtig nachzufragen, ob die Patienten Hilfe durch das Gesundheitspersonal wünschen. Wird dies abgelehnt, sollte dies akzeptiert werden. Falls sie in zu einem späteren Zeitpunkt von dieser</p>

<p>Während einige Patienten mit wenig Unterstützung des behandelnden Teams ihre eigenen Ressourcen mobilisieren und mit den Erfahrungen umgehen konnten, benötigen andere zusätzliche Unterstützung. Es wird eine Studie zitiert, in der die erhaltene biologische und psychosoziale Unterstützung zu einer signifikanten psychosozialen Verbesserung geführt hat. Während die Informationen über die die supportive care needs von Personen mit einem Bronchialkarzinom steigen, besteht nachwievor ein Wissensdefizit über die erwünschte Art der Hilfe dieser Patientenpopulation. Diese Information ist wichtig um die individuelle Pflege planen zu können, Entscheidungen über die Ressourcenverteilung treffen zu können und potentiell verbesserungsfähige Bereiche zur Optimierung der Pflegequalität zu identifizieren.</p>	<p>schungsteam. Durch ein Review mit Lungenkarzinompatienten wurde ein Nutzen darin erkannt, 1) Einige Fragen zur verbesserten Klarheit anderen Domänen zuzuordnen. 2) Fragen umzuformulieren, um sie an das amulative Setting anzupassen. Zusätzlich fügte das Team zu jedem Item die Frage hinzu, ob ein Wunsch nach Hilfe besteht. Der angepasste Fragebogen deckt die sieben Domänen der supportive care ab (Fitch, M. I., Porter, H. B. &amp; Page, B. D., 2008).</p> <p><b>Datenanalyse:</b></p> <p>Ein Item wurde als ein Bedürfniss klassifiziert, insofern die Patienten die Antwortmöglichkeit 3 (erleben einen tiefen Schwierigkeitsgrades), 4 (erleben einen mässigen Schwierigkeitsgrades) oder 5 (erleben einen hohen Schwierigkeitsgrades) angekreuzt haben. Wenn Personen unsicher waren, ob sie betreffend eines Items Hilfe in Anspruch nehmen wollen, wurde davon ausgehen, dass zumindest ein Minimum an Konversation mit den Mitarbeitern gewünscht wird. Deshalb wurden sie auch zu den Personen dazugezählt, mit denen der Schlussendliche Prozentsatz berechnet wurde.</p> <p>Das Assessment der Bedürfnisse weist ein ordinales Skalenniveau auf. Die demographischen und klinischen Daten weisen metrische, ordinale und nominale Niveaus auf.</p> <p><u>Verwendete Tests:</u> Signifikanzniveau bei <math>p &lt; 0.05</math>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deskriptiv Daten wurden durch Häufigkeiten der Items und die Anzahl Personen der Untergruppen der Domänen dargestellt.</li> <li>- Unterschiede/Vergleich: Bei unabhängigen Variablen anhand des T-Tests, bei abhängigen Variablen anhand von ANOVA.</li> </ul>	<p><i>Psychologische Bedürfnisse:</i> <u>Angst vor Metastasenbildung (n=58) vor einem Rezidiv (n=49), vor Schmerzen (n= 44)</u>, vor einer körperlichen Behinderung oder körperlichem Verfall (n=34) und vor dem Verlust der Unabhängigkeit (n=27). Das Gefühl haben die Situation unter Kontrolle zu haben (n =29)</p> <p><i>Spirituelle Bedürfnisse:</i> <u>Unsicherheit über der Zukunft (n=42)</u>, Gefühle über dem Tod oder dem Sterben (n=32), Behalten einer positiven Perspektive (n=22)</p> <p><i>Soziale Bedürfnisse:</i> Sorgen über die Angehörigen (n=38), Sorgen darüber, ob die Angehörigen mit der Betreuung umgehen können (n=25),</p> <p><i>Informationsbedarf:</i> Informationen über Möglichkeiten die Krankheit zu managen erhalten haben (n=24), Über Testresultate so schnell als möglich informiert werden (n=22)</p> <p><i>Praktische Bedürfnisse:</i> Veränderung der täglichen Routine/ des Lebensstils (n=31), Lange Wartezeiten für einen Kliniktermin (n=27) Sorgen über die finanzielle Situation (n=22)</p> <p><u>Wunsch nach Hilfe im Umgang mit den Bedürfnissen:</u> Eine Hohe Anzahl Personen die ein Item als Bedürfnis einstufen, lässt nicht automatisch auf eine hohe Prozentzahl schliessen die sich Hilfe damit wünscht. In nur 6 der 9 häufigsten Bedürfnisse wünschten sich über 50% der Patienten Hilfe: Unsicherheit über der Zukunft, Angst vor Metastasenbildung, Angst vor Schmerzen, Angst vor einem Rezidiv, Energiemangel, Sich niedergeschlagen/ bedrückt fühlen.</p> <p>In folgenden Domänen überstieg die Proportion der Personen die Hilfe wünschten 50%: 9/9 Informationsbedarf; 11/11 Psychologische Bedürfnisse; 7/7 Spirituelle Bedürfnisse; 5/5 Soziale Bedürfnisse; 4/11 Physikalische Bedürfnisse; 8/11 Emotionale Bedürfnisse; 6/7 Praktische Bedürfnisse</p> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b></p>	<p>Möglichkeit Gebrauch machen möchten, wissen die Patienten über diese Ressource Bescheid. Zudem sollten die Bedürfnisse und Wünsche regelmässig evaluiert werden, im Falle dass sie sich verändern.</p> <p><b>Forschungsfrage &amp; Schlussfolgerung:</b></p> <p>Krebszentren haben nicht die Ressourcen den Betroffenen alle Dienstleistungen anzubieten. Die psychosozialen Angelegenheiten sind zum Beispiel komplex, was ein anderes Setting für tiefgründige Assessments und geeignete Interventionen erfordern könnte. Dies kann die Zusammenarbeit mit Anbietern solcher Dienste erforderlich machen.</p> <p>Die grosse Anzahl von Patienten, welche von sich sagen dass sie gerne Hilfe in Anspruch nehmen würden lässt vermuten, dass sie auf der Suche nach Hilfe sind, die über das hinausgeht, was sie bisher angeboten bekommen haben. Eine Routinemethode, um effizient und effektiv die ganze Bandbreite an Bedürfnissen zu erfassen wird immer mehr zum Standard. Die am häufigsten vorkommenden Probleme in dieser Studie könnten zum Beispiel als Items für ein Screening gebraucht werden. Darauf könnten die Mitarbeiter ein Gespräch aufbauen. Es soll klar vermittelt werden, dass die Patienten so unterstützt werden, wie sie es wollen.</p> <p>Weiter Forschung wäre nötig und berechtigt, um:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Situationen noch tiefer zu erforschen. Beispielsweise, ob Patienten mit den Teammitgliedern über ihre Sorgen sprechen, diese Sorgen durch das Team identifiziert und beurteilt wurden und ob Interventionen dagegen durchgeführt wurden.</li> </ul>
---	--	--	--

	<b>Ethik:</b> Die Studie wurde von der Universitäts- und Spitalethikkomitee genehmigt. Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde eingeholt. Bei Personen bei denen ein Angehöriger übersetzte, musste dieser auch unterschreiben.	Allen deskriptiven Daten wurden in Tabellen aufgeführt. Da sie die vollständigen Daten abbildeten, stellten die Tabellen eine hilfreiche Ergänzung dar.	- Lösungsvorschläge zu machen, wie die Pflege verbessert werden könnte (z.B. evidenzbasierte Interventionen erforschen).
--	---	---	--

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Das Thema, bzw. das Ziel der Studie ist in einen Kontext eingebettet. Durch den Argumentationsaufbau der Einleitung zieht sich ein roter Faden. Die Relevanz des Themas und der Nutzen der Studie werden gut dargestellt. Die Forschungsfrage wird unter Berücksichtigung bereits vorhandener Forschungsergebnisse und -lücken hergeleitet. Sie ist klar definiert. Eine Hypothese wurde nicht formuliert.	<p><b>Ansatz/Design:</b> Die Verbindung zwischen Forschungsfrage und Design ist logisch und nachvollziehbar.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Ausschlusskriterien nicht beschrieben. Unklar, ob überhaupt festgelegt wurden.</p> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b>  <u>Adaptierte Version des Supportive Care Needs Survey:</u> Die Berechnung der Reliabilität der Domänen anhand des Cronbach's alpha ergab für sechs Domänen Werte von 0.8 - 0.9 und für eine Domäne den Wert 0.66.  Aussagen über die Validität fehlen.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Die Datenanalyse wird nachvollziehbar beschrieben. Die Tests, welche die Unterschiede/ Vergleiche berechnen entsprechen nicht dem Datenniveau, da die meisten Variablen nicht über ein metrisches Niveau verfügen.</p> <p><b>Ethik:</b> Das Projekt wurde von einem Ethikkomitee genehmigt, eine ethische Frage wurde diskutiert. Offen bleibt nachzuvor, ob fremdsprachige Personen aufgrund der Zwischenmenschlichen Beziehung die Chance gehabt haben, eine Studienteilnahme abzulehnen. Evtl. wäre ein professioneller Dolmetscher die optimalere Lösung gewesen.</p>	<p>Die beschriebenen Ergebnisse im Fliesstext werden durch klar aufgebaute Tabellen ergänzt.</p> <p><b>Kritikpunkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die demographischen Daten waren nicht vollständig. Korrekterweise hätten diese Daten ausgeschlossen werden sollen (z.B. da aufgrund des Geschlechtsunterschiedes Aussagen gemacht wurden)</li> <li>- Bei der Darstellung des Wunsches nach Hilfe werden zum Untermauern ihrer Aussagen jeweils entweder nur die Personenanzahl genannt welche Hilfe möchte, oder die Prozentzahl, welche die Personen die sich unsicher sind ob sie Hilfe möchten auch mit einschliesst.</li> </ul> <p>Bei einer kleinen Anzahl von Personen die ein Item als Bedürfnis eingestuft haben, ist eine hohe Prozentzahl einfacher zu erzielen. (Bsp: 6 von 7 -&gt; 85.7% oder 28 von 49 -&gt; 57.1%) Da im Text nur die Prozentzahlen genannt werden kann dies die Ergebnisse grösser erscheinen lassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchgehend wird ein Item als „psychologisch“ bezeichnet, einmal jedoch als „psychosozial“. Es existiert keine Definition der Begrifflichkeiten.</li> </ul>	<p>Die Ergebnisse Ansicht wurden kaum diskutiert. Mögliche Interpretationen wurden teilweise erörtert, hauptsächlich war die Implikation in die Praxis Thema. Die Autoren geben ausführliche Empfehlungen sowohl für weitere Forschungsarbeiten als auch für die Praxis ab.</p> <p>Da das Instrument jedoch nicht nachweislich valide ist, sollte in der Praxis auf ein solches zurückgegriffen werden insofern vorhanden. Der Vergleich mit anderen Studien besagt, dass die Ergebnisse mit denen in der Literatur teilweise übereinstimmen. Detaillierter wurde darauf nicht eingegangen. Die Limitationen fehlen gänzlich.</p>

Referenz: Hill, K. M., Amir, Z., Muers, M., Connolly, K. & Round, C. (2003). Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met?. *Eu-*

## Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Forschungsfrage/ Ziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Sorgen von Bronchialkarzinompatienten kurz nach der Diagnose erforschen.</li> <li>- Untersuchen, ob mit den Pflegeteams über diese Sorgen gesprochen wurde</li> </ul> <p><b>Bezugsrahmen &amp; Forschungsbedarf:</b></p> <p>Studien haben herausgefunden, dass bei Krebserkrankten das Bedürfnis nach einem hohen Mass an Beratung und Information besteht. Zudem besteht der Wunsch, dass die Informationen auf die Art geben werden, wie sie es wollen, dass nach ihren Sorgen gefragt wird und darüber gesprochen wird. Es existiert Evidenz darüber, dass dies ihre Erfahrungen und Meinungen in Bezug auf ihre Erkrankung massgeblich beeinflusst.</p>	<p><b>Design:</b> Nicht angegeben durch die Forscher. Vermutlich Querschnitts-Design.</p> <p><b>Stichprobe:</b></p> <p>169 Personen haben den Kriterien entsprochen. 80 Personen schieden aufgrund verschiedener Kriterien aus, sodass 89 teilgenommen haben. Nochmals 9 Interviews sind im Verlaufe ausgeschieden. Schlussendlich konnten die Daten von 80 Personen in die Studie miteingeschlossen werden.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Max. ein Monat her seit der Diagnose eines primären Bronchialkarzinoms (egal in welchem Stadium)</li> </ul> <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose eines Mesothelioms</li> <li>- Vorhandensein einer Krebsvorgeschichte oder ein sekundäres Bronchialkarzinom</li> </ul> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b></p> <p>Über zwei Jahre hinweg wurden sequentiell Patienten, aus Ambulatorien oder Pneumologiestationen eines grossen Spitals in Leeds, im Dienst eines Lungenspezialisten rekrutiert. Die Patienten die einer Teilnahme zugestimmt haben, wurden von einem geschulten Forscher 14 – 28 Tage nach der Diagnosestellung entweder im Ambulatorium, auf der Station, oder zu Hause interviewt. Zuerst wurden die Patienten ermutigt, kurz von ihren Erlebnissen seit der Diagnose zu erzählen. Danach füllten sie die nachfolgend erläuterte, adaptierte Version der <i>Concerns Checklist</i> selbstständig aus. Der Forscher blieb die ganze Zeit dabei, um Unklarheiten zu klären und sicher zu gehen, dass der Fragebogen vollständig beantwortet wird.</p> <p>Die Patienten wurden zudem gefragt, ob sie noch andere Sorgen hätten.</p>	<p><b>Wichtigste Ergebnisse:</b></p> <p><u>Demographische/ klinische Daten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittleres Alter: 68 Jahre (R 36- 84 Jahre)</li> <li>- 52% Frauen, 48% Männer</li> <li>- SCLC: 34%, NSLC: 66%</li> <li>- Befund vor jeglicher Therapie: &gt; 95%</li> <li>- Geplante Therapie: Operation: 25%, Chemotherapie: 47%, Radikale oder palliative Radiotherapie: 20%, einzig supportive und unterstützende Pflege 8%</li> </ul> <p><u>Sorgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Spannweite war 2-17 von 18 möglichen Sorgen (Median: 9)</li> <li>- Bedeutende Sorgen: Krankheit, Zukunft in Zusammenhang mit der Krankheit, Familie</li> <li>- Mässige Sorgen: Gefühl einer Last, Energie, Gefühle, Behandlung, Atemlosigkeit, Schmerzen, Mobilität</li> <li>- Geringe Sorgen: Husten, die Zukunft im Allgemeinen, Appetit, Unabhängigkeit, Aussehen, Eingeweide, Übelkeit &amp; Erbrechen</li> </ul> <p><u>Weitere genannte Sorgen (durch offene Frage):</u></p> <p>Teilnahme an einer klinischen Studie, Sexualität, Schuld, Verlust der Stimme, Treffen einer Entscheidung</p> <p><u>Gespräch über die Sorgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insgesamt hatten die Patienten das Gefühl, dass 43% ihrer Sorgen Beachtung geschenkt wurden.</li> <li>- Über 70% der physischen Sorgen wurde adäquat gesprochen (mehr als 50%)</li> <li>- Keine der emotionalen, psychologischen oder</li> </ul>	<p><b>Ergebnisse erklärt/ interpretiert:</b></p> <p>Die wichtigsten Ergebnisse und Interpretationen werden mit anderen Forschungsarbeiten verglichen. Der Sorge über den Krebs war eine der Hauptsorgen der Patienten. Im Vergleich mit Bronchialkarzinomern im Endstadium viel auf, dass die Sorgen sich erheblich unterscheiden. Ein viel höherer Prozentsatz der neudiagnostizierten Erkrankten gaben in allen Kategorien Sorgen an. Dies scheint darauf zurückzuführen zu sein, dass zur Reaktion auf die Diagnose Angst und Stimmungsstörungen unvermeidlich dazu gehören, was dazu führen könnte, dass Patienten mehr Sorgen angeben als zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sie Zeit hatten sich mit der Diagnose auseinander zu setzen. Da die Patienten in dieser Studie nur einmalig interviewt wurden, erlauben die Daten keine Schlussfolgerungen über die Art und Weise wie sich die Sorgen mit der Zeit verändern. Das Item <i>Sorgen über die Familie</i> ist die zweitwichtigste Sorge. Mit den Patienten und deren Angehörigen über diese Sorgen zu sprechen ist deshalb sehr wichtig.</p> <p>Die Hauptsorgen von Bronchialkrebskranken in dieser Studie betrafen psychosoziale und nicht physische Aspekte. Die Notwendigkeit emotionaler Unterstützung zu bieten und auf die psychosozialen Bedürfnisse zu reagieren wurde bereits in früheren Studien betont. Allerdings hat sich in dieser Studie herausgestellt, dass genau diese Bedürfnisse nicht adressiert wurden. Dies ist von grosser Wichtigkeit, da die Folge von ungelösten Sorgen ein höheres</p>



<p>Weiter wurde herausgefunden, dass dies verbunden ist mit reduzierter Angst, besserer Compliance in der Behandlung und einer besseren Kontrolle der Begleitscheinungen (z.B. Angststörungen und Depressionen). Allerdings wurde auch herausgefunden, dass Ärzte und Pflege nur über limitierte Fähigkeiten verfügen, die Bedürfnisse herauszufinden. (z.B. bei Pflegenden Mangel an Fähigkeiten zur effektiven Kommunikation). Die Inzidenz der Bronchialkrebserkrankten ist hoch und die Prognose schlecht. Trotzdem haben nur wenige Studien Patienten mit einem Bronchialkarzinom miteingeschlossen. In Anbetracht der kurzen Überlebenszeit sollten die Sorgen dieser Population relativ kurz nach der Diagnose erfasst werden.</p>	<p>Die adaptierte Version der <i>Concerns Checklist</i> von Heaven and Magiure für Patienten in einem Palliative Care Setting wurde für diese Studie noch folgendermassen abgewandelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kategorie „Zukunft“ wurde unterteilt in „die Krankheit betreffend“ und „nicht die Krankheit betreffend“.</li> <li>- Die Kategorie „Husten“ wurde hinzugefügt, „Sterben“ und „Andere physikalische Sorgen“ wurden entfernt.</li> <li>- Nach jeder Sorgen-Kategorie wurde die Frage „Hat ein Mitglied des Versorgungsteams mit Ihnen darüber gesprochen?“ gestellt.</li> </ul> <p><b>Datenanalyse:</b></p> <p>Der Median jeder Sorgen-Kategorie wurde dazu verwendet, sie folgenden Kategorien zuzuteilen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Gering</i>: Median von 1 = Gering besorgt</li> <li>- <i>Mässig</i>: Median von 1.5 – 2 = Mässig besorgt</li> <li>- <i>Bedeutend</i>: Median von 3 = Sehr oder extrem besorgt</li> </ul> <p>Personen, die auf der Likert-Skala 1 (nicht besorgt) angegeben haben wurden auch in die Analyse miteinbezogen, da das Interesse die Gesamtlast war. Wären diese Personen ausgeschlossen worden, hätte dies zu hohen Rankings von Sorgen führen können, welche nur wenige Personen belasteten. Median diente auch als Schwelle, ob adäquat über die Sorge gesprochen wurde oder nicht (Sagt nichts über die Qualität oder Zufriedenheit des Gespräches aus. Nur, ob es thematisiert wurde.)</p> <p>Die Ergebnisse der Concerns Checklist weisen ein ordinales Skalenniveau auf.</p> <p><u>Verwendete Tests:</u> Signifikanzniveau bei <math>p &lt; 0.05</math>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deskriptive Daten wurden mit dem Durchschnitt, der Standardabweichung und der Spannweite dargestellt.</li> <li>- Vergleich nicht-normalverteilter Daten: Mann-Whitney-U-Test</li> <li>- Vergleich kategorischer Daten: Chi-Quadrat-Test</li> </ul> <p><b>Ethik:</b> Allen Patienten wurde eine schriftliche und verbale</p>	<p>sozialen Sorgen wurde adäquat besprochen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zwei der bedeutenden Sorgen (Zukunft in Zusammenhang mit der Krankheit, Familie) wurden bei weniger als 30% thematisiert. Über die Krankheit selber wurde mit 64% der Patienten gesprochen.</li> <li>- In der Kategorie der mässigen Sorgen waren folgende Kategorien unter 50%: Gefühl einer Last, Energie, Gefühle und Mobilität. Die Kategorien Behandlung, Atemlosigkeit und Schmerzen wurden bei über 50% thematisiert.</li> <li>- In der Kategorie der geringen Sorgen waren folgende Kategorien unter 50%: Die Zukunft im Allgemeinen, Appetit, Unabhängigkeit und nur knapp darunter Husten. Das Aussehen, die Eingeweide und Übelkeit &amp; Erbrechen, was alles typische Nebenwirkungen einer Chemotherapie sind, wurden alle angesprochen.</li> </ul> <p><u>Beziehungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurden keine Unterschiede zwischen dem Belastungslevel <u>und</u> der Behandlungsgruppe, des Intervieworts, oder der Zeit von der Diagnosestellung bis zur Teilnahme gefunden.</li> <li>- Frauen hatten einen Mittelwert von 10 Sorgen, was signifikant mehr war als bei den Männern (8 Sorgen <math>p \leq 0.01</math>)</li> <li>- Bei allen Sorgen gaben sie eine statistisch höhere Belastung an als die Männer (<math>p \leq 0.04</math>)</li> <li>- Als die Gruppe anhand des Mittelwertes des Alters in zwei gleich grosse Gruppen geteilt wurde, wurde festgestellt, dass die jüngere Gruppe unter mehr Sorgen (Mittelwert 10 anstatt 7 <math>p \leq 0.004</math>) und einer höheren Belastung (<math>p \leq 0.02</math>) litten.</li> </ul> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b> Das meiste in Textform. Tabellarisch/ graphisch dargestellt</p>	<p>Risiko für emotionalen Distress, Angst und Depressionen ist. Das Ziel patientenzentrierte Dienstleistungen für Krebserkrankte zu entwickeln bedingt ein besseres Verständnis der Sorgen der Patienten. Die Sorgen herauszufinden ist deshalb wesentlich. Frühere Studien weisen auf die Unterschiede der Einschätzung der physikalischen Symptome zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patienten hin. Es darf nicht sein, dass Dienstleistungen und die Unterstützung der Patienten nur auf Basis der Einschätzung des Gesundheitspersonals angeboten werden. Deshalb sind exakte persönliche Einschätzungen notwendig, was nur durch Schulungen des Personals in der Durchführung von Assessments möglich wird.</p> <p>Die <i>Concern Checklist</i> könnte zu einem Assessmentinstrument entwickelt werden, um die Sorgen der Patienten zu erfassen und eine bessere Kommunikation zu ermöglichen.</p> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein möglicher Selektionsfehler ist das Alter. Der Mittelwert der nicht-teilnehmenden Gruppe ist höher (70.5). In dieser Studie wurde zwei sehr alten Personen die Teilnahme von den Verwandten verboten, was eine Ursache sein könnte.</li> <li>- Die tiefe Rücklaufquote vermindert die Aussagekraft der Ergebnisse.</li> <li>- Die Checkliste müsste zuerst noch zu einem validen Instrument weiterentwickelt werden, da sich Schwierigkeiten herausgestellt haben. Zudem wäre weitere Forschung notwendig, um den Einfluss einer strukturierten Checkliste auf die Pflege und die Zufriedenheit herauszufinden. Des Weiteren besteht noch keine evidenzbasierte Studie darüber, ob</li> </ul>
---	---	---	--

	Information über die Studie abgegeben, bevor sie über ihre schriftliche Einverständniserklärung gebeten wurden. Die Studie wurde von dem Spitalethikkomitee des Ausbildungskrankenhauses in Leeds genehmigt.	wurden: Die Rekrutierung, die Sorgen in die Belastungskategorien eingeteilt, weitere Sorgen und ob über die Kategorien gesprochen wurde.	ungelöste Probleme dadurch reduziert werden können.
--	--	--	---

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Der Argumentationsaufbau im Einleitungsteil ist logisch. Die Relevanz des Themas und der Nutzen der Studie werden gut dargestellt. Die Forschungsfrage wird unter Berücksichtigung bereits vorhandener Forschungsergebnisse und -lücken hergeleitet und am Schluss des Einleitungsteils verständlich formuliert.	<p><b>Ansatz/Design:</b> Das Design wurde von den Forschern nicht angegeben. Das Vorgehen ist für die Forschungsfrage logisch und nachvollziehbar.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Die Stichprobengröße wird nachvollziehbar begründet. Dass Personen, die bereits zu krank/ verwirrt waren ausgeschlossen wurden ist ethisch korrekt, könne jedoch die Ergebnisse verfälschen.</p> <p>Die Stichprobe war jünger und hatte einen höheren Frauenanteil als die totale Population. Es wurde jedoch kein systematischer Fehler bei der Auswahl der Stichprobe gefunden. Die Studie weist darauf hin, dass diese Stichprobe ein frühes Anzeichen des Trends sein könnte, dass mehr Frauen erkranken.</p> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b> Die Daten sind komplett, die Erhebung wurde mit einer Ausnahme nachvollziehbar beschrieben. Die Teilnehmer sollten zuerst informell über ihre Erfahrungen berichten. Wie dieser informelle Teil des Interviews ausgesehen hat wird nicht beschrieben. Und was mit diesen Daten geschehen ist auch nicht. Zudem ist nicht ersichtlich, auf was die Anpassungen der <i>Concerns Score</i> basierten. Folgende Probleme mit der Checkliste sind in der Studie aufgetreten: Patienten hatten aufgrund der Konzentrationsschwäche Mühe mit der randomisieren Reihenfolge der Sorgen, Das Item „Sorgen über die Familie“ wurde verschieden interpretiert. Nur wenig Patienten waren zudem fähig, die Items zur „Zukunft“ ohne weitere Klärung zu unterscheiden.</p> <p><b>Datenanalyse:</b></p> <p>In der Studie wurden die Daten als nicht parametrisch gehandhabt, da sie nicht normalverteilt sind. Die statistischen Tests entsprechen den vorhandenen Datenniveaus und sind somit korrekt.</p> <p>Durch die Zuteilung zu Major, Moderate und Minor erfährt man nicht, wie die Anteile der einzelnen Antwortmöglichkeiten sind. (Bsp: Setzten sich die Balken „Major Concern“ nur aus Personen zusammen, welche gering besorgt sind darüber?) Unklar ist, mit welchem Ziel dies gemacht wurde.</p> <p>Die schriftliche Bezeichnung der Studie kann eine falsche Interpretation suggerieren</p>	<p>Studie liefert relevante Erkenntnisse, welche zu einer Steigerung der Sensibilisierung und des Betreuungsengagements von Pflegenden bezüglich Patienten mit einem Bronchialkarzinom führen können.</p> <p><b>Kritikpunkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird von emotionalen, psychologischen und sozialen Sorgen gesprochen, keine Einteilung der Kategorien zu diesen Domänen oder eine Definition ist vorhanden.</li> <li>- Die Gruppe wird anhand des Mittelwertes des Alters in zwei Gruppen geteilt. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind fraglich, da mögliche Bias nicht ausgeschlossen werden können.</li> <li>- Die Graphiken sind eine Ergänzung zum Text, es wird jedoch nicht ersichtlich, wie viele Personen in den Balken enthalten sind.</li> <li>- Die Einteilung in Major, Moderate und Minor lässt keine Beurteilung über die Belastung der Sorgen zu. Im Text wird dies zwar korrekt beschrieben, gewisse Ausdrücke in der Studie lassen Spielraum offen, dies falsch zu interpretieren. Dass eine <i>Sorge die viele Personen als Sorge bezeichnen, jedoch nur als kleine Belastung wahrgenommen wird</i> zu den „wichtigsten</li> </ul>	Die Diskussion ist sehr umfassend und die Resultate werden auch in Bezug auf die Fragestellung ausführlich diskutiert. Es werden wichtige Punkte angesprochen, die eine grosse Praxisrelevanz aufweisen. Schwächen werden aufgezeigt, eine davon liegt unter anderem in der Praxisimplikation. Bevor eine direkte Praxisimplikation vorgenommen werden könnte, müsste die verwendete Checkliste überarbeitet werden und die Anwendbarkeit und der Nutzen auf der Station erforscht werden.

	<p>(Major → Extrem besorgt; Bei der Bezeichnung der Tabelle: Kategorien und Sorgenlevel). Es kann keine Aussage darüber gemacht werden, wie belastend eine Sorge ist, sondern nur wie viele Patienten dies als Sorge bewerten. Um die Belastung welche die Sorge auslöst beurteilen zu können, hätte entweder eine Unterteilung in den Balken gemacht werden müssen, oder der Median für die Zuteilung hätte an die realen Antworten angepasst werden müssen (Also Zuteilung zu Major ab einem Median von 4) Exkl. der Personen die nicht besorgt sind.</p> <p><b>Ethik:</b> Ein Einverständnis wurde geholt und das Projekt wurde von einem Ethikkomitee genehmigt.</p>	<p>Sorgen<sup>e</sup> zählt, hingegen eine <i>Sorge die zwar von weniger Personen wahrgenommen wird, jedoch durchwegs als extreme Belastung angegeben wird</i>, nicht ist fraglich. Um die Belastung zusätzlich angeben zu können, hätten sie die Anzahl der einzelnen Antwortmöglichkeiten angeben müssen. (Evtl. in Form einer weiteren Tabelle.)</p>	
--	--	---	--

Referenz: Lehto, R. (2011). Identifying primary concerns in patients newly diagnosed with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38, 440 – 447.

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Forschungsfrage/ Ziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahrnehmung der Krankheit und Sorgen der Planungsphase vor der Operation und erneut drei bis vier Wochen nach der Operation von Personen mit einem neudiagnostizierten Lungenkarzinom im Frühstadium erforschen.</li> <li>- Krebsbedingte Sorgen untersuchen und herausfinden, ob zwischen verminderten (krebsbedingten) Sorgen und Faktoren im Gesundheitswesen, wie der wahrgenommenen Unterstützung der Versorger oder der Autonomie in der Verwaltung von Terminen eine Verbindung besteht.</li> </ul> <p><b>Bezugsrahmen &amp; Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trotz der steigenden Anzahl an Langzeitüberlebenden nach einem Lungenkarzinom ist die Forschung im Vergleich mit Erkrankten in einem fortgeschrittenen Stadium mit letalem Ausgang, oder</li> </ul>	<p><b>Design:</b> Mixed-Methods Design mit wiederholten Messungen.</p> <p>Die Ausgangsdaten wurden im Rahmen einer Studie erhoben, welche die Rolle der Sorgen, bei Patienten mit einem neudiagnostizierten Lungenkarzinom, in Bezug auf die Bildung der kognitiven Darstellung der Krankheit spielen.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Gelegenheitsauswahl</p> <p>34 Erwachsene, welche nach einer neuen Diagnose eines nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinoms durch eine Operation in einem Kriegsveteranenspital oder einem regionalen Krebszentrum im mittleren Westen der USA therapiert werden sollten. Während der Vorbehandlungsvisite vor der Operation wurden Patienten, welche den Kriterien entsprachen, darauf angesprochen, ob sie an der Studie teilnehmen möchten.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose eines primären Lungenkarzinoms im Frühstadium</li> <li>- Die Behandlung beinhaltet eine Operation</li> <li>- Alter: <math>\geq 21</math> Jahre</li> <li>- Englisch in Schrift und Sprache verstehen</li> </ul> <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandensein einer Krebsvorgeschichte</li> <li>- Eine diagnostizierte psychiatrischen Störung oder kognitive Beeinträchtigung</li> <li>- Diagnose einer schwächenden medizinischen Erkrankung</li> <li>- Fortgeschrittene kardiale, respiratorische oder renale Erkrankung, welche die Teilnahme erschweren würde</li> <li>- Einnahme von Psychopharmaka, welche die Teilnahme behindern würden</li> </ul> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b> Zweimalig ein 15 minütiges Interview in einem privaten Raum (Während der Vorbehandlungsvisite vor der Operation und drei bis vier Wochen nach der Operation). Für die Erstellung der <i>conceptual content cognitive</i></p>	<p><u>Deskriptive Daten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Mittelwert der 3CM Sorgenskala war postoperativ tiefer (annähernd signifikant <math>t = 1.78</math>, <math>P = 0.08</math>).</li> <li>- Die Mittelwerte der Interviewfragen bezüglich der krebsbedingten Sorgen sanken signifikant. (<math>t = 2.94</math>, <math>P &lt; 0.05</math>)</li> <li>- Die Spannweite der Interviewfragen betreffend der Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen widerspiegeln zu beiden Zeitpunkten eine zufriedenstellende Interaktion.</li> </ul> <p><u>Inhalts-Kategorien:</u></p> <p><b>Negativ:</b> Sorgen aufgrund der Krebsdiagnose/ -behandlung, Bedürfnis nach Information &amp; Kommunikation, Symptome, Ängste, Todesbedingte Sorgen, eine Last für die Angehörigen sein, Rauchen</p> <p><b>Positiv:</b> Aktive Strategien feststellen, Fokussieren auf die Erholung, positiv sein, positive Unterstützung von Freunden und der Familie erhalten, Spiritualität.</p> <p><u>Signifikante Unterschiede prä-/ postoperativ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Präoperativ signifikant mehr Sorgen aufgrund der Krebsdiagnose/ -behandlung (<math>p &lt; 0.05</math>)</li> <li>- Postoperativ waren die Symptome signifikant mehrmals Inhalt (z.B. postoperativer Schmerz) (<math>p &lt; 0.005</math>)</li> <li>- Bei den weiteren Inhalten keine signifikanten Unterschiede gefunden. Obwohl Gemeinsamkeiten in den Mittelwerten der</li> </ul>	<p><b>Ergebnisse erklärt/ interpretiert:</b></p> <p>Lungenkrebs ist eine schwerwiegende Krankheit, welche den betroffenen Personen enorme kognitive, emotionale und physikalische Lasten auferlegt. Krankheitsbedingte Sorgen können laut einer Studie das Lebensinteresse, die Familienrollen, die Identität und die Unabhängigkeit beeinträchtigen. Die frühe Identifizierung der Sorgen ist für die Betroffenen entscheidend, um die Anpassung zu optimieren und Langzeitprobleme zu vermeiden. 3CM war dazu eine nützliche Methode, da sie einen Ausgangspunkt schuf, um die auffälligsten und bedeutungsvollsten Sorgenareale anzugehen.</p> <p>Die Methode war hilfreich für Patienten wichtige Sorgen zu identifizieren und zu benennen. Obwohl die negativen Inhalte sieben von zwölf ausmachten, schien es als heben die positiven Inhalte die Wahrnehmung. Positives Denken könnte das bilden einer Perspektive unterstützen. Dadurch dass die Patienten durch die 3CM Methode über positive und negative Bereiche ihrer Krankheit nachdenken, könnten sie an Perspektive gewinnen.</p> <p>Mögliche Erklärungen für die unterschiedlichen Inhalte der Teilnehmenden sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es bestehen unterschiedliche Kommunikationsstile und Arten Informationen zu ihrer Krankheit einzuholen.</li> <li>- Patienten welche keine Sorgen angegeben haben könnten dies bewusst verschwiegen haben; die Sorgen verleugnen oder wirklich keine Sorgen haben.</li> </ul> <p>Die Verbindung welche postoperativ zwischen der positiven Auffassung des Gesundheitswesens und den</p>

<p>anderen Krebsarten zurückgeblieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien haben herausgefunden, dass Lungenkarzinomerkranke unter einer höheren Krankheitslast, tieferer Lebensqualität, höherem psychologischen Distress, und hoch signifikanter Angst und Sorgen leiden.</li> <li>- Es gibt kaum Studien über Lungenkarzinomerkranke im Frühstadium, oder Studien welche die Sorgen vor und nach einer operativen Resektion vergleichen.</li> <li>- Eine grosse Studie über eine allgemeine Krebspopulation hat herausgefunden, dass die aktive Teilnahme am Behandlungsplan und Informationen über die Behandlung und das zu erwartende zu den am stärksten wahrgenommenen Bedürfnissen gehört.</li> </ul>	<p><i>map</i> (3CM) konnten die Teilnehmer selber bestimmen wie lange sie sich Zeit dafür nehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3CM: Ziel → Wahrnehmung und Sorgen in Verbindung mit der neuen Krebsdiagnose herausfinden. Die Teilnehmer wurden gebeten, auf Post-it's alles aufzuschreiben was ihnen über ihre Krebsdiagnose in den Sinn kam. Danach kodierten sie, ob der Inhalt mit <i>positiven</i> oder <i>negativen</i> Emotionen assoziiert war. Dann ordneten sie die Items in Gruppen von 1 <i>nicht oder sehr wenig beunruhigend</i> bis 5 <i>extrem beunruhigend</i>.</li> <li>- Interview: Drei Fragen über die krebisbedingten Sorgen, sieben Fragen über die Erfahrungen der Teilnehmer mit dem Gesundheitswesen.</li> </ul> <p><b>Datenanalyse:</b> Die Ergebnisse der 3CM wurden ausgewertet, indem der Inhalt analysiert wurde, Kategorien gebildet wurden und die Häufigkeit der beunruhigenden Items bestimmt wurde. Zwei unabhängige Pflegewissenschaftlerinnen analysierten den Inhalt, fassten ihn zusammen und kodierten ihn, um die Interraterreliabilität des Kodierschemas sicherzustellen.</p> <p>Die Kategorien des 3CM weisen ein nominales Skalenniveau, die Sorgen-Skala ein ordinales auf. Die Fragen des Interviews weisen ein ordinales Niveau auf.</p> <p><u>Verwendete Tests:</u> Signifikanzniveau bei <math>p &lt; 0.05</math>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergleich prä- postoperativ: Gepaarte T-Tests</li> <li>- Beziehung zwischen zwei Variablen: Spearman's Korrelationskoeffizient</li> </ul> <p><b>Ethik:</b> Die Wissenschafts- und Menschenrechtskommissionen der jeweiligen Institutionen genehmigten alle Vorgehensweisen.</p>	<p>positiv- und negativkodierten Inhalte gefunden wurden, blieb die Bandbreite der negativen zu beiden Zeitpunkten ähnlich, wohingegen die positiven postoperativ tiefer waren.</p> <p><u>Beziehungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Negative Korrelation:</i> Zwischen 3CM Sorgenskala und positiven Inhaltskategorien (<math>r = -0.36</math>, <math>p &lt; 0.05</math>) / Kategorie „positiv sein“ (<math>r = -0.45</math>, <math>p &lt; 0.05</math>)</li> <li>- <i>Positive Korrelation:</i> 3CM Sorgenskala und negativ kodierte Inhalte (<math>r = 0.4</math>, <math>p &lt; 0.05</math>) / Kategorie „Angst“ (<math>r = 0.39</math>, <math>p &lt; 0.05</math>)</li> </ul> <p>→ <i>Postoperativ höher als präoperativ. Zahlen präoperativ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Negative Korrelation:</i> Zwischen Fragen zur Einstellung zum Gesundheitswesen und 3CM Sorgenskala/ Fragen zu krebisbedingten Sorgen (<math>r = -0.36</math>, <math>p &lt; 0.05</math>)</li> <li>- <i>Positive Korrelation:</i> Zwischen Fragen zur Einstellung zum Gesundheitswesen und positiven Inhaltskategorien (<math>r = 0.36</math>, <math>p &lt; 0.05</math>)</li> </ul> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b> Das meiste in Textform. Tabellarisch dargestellt wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigenschaften der Stichproben</li> <li>- Resultate der Hauptstudienvariablen</li> <li>- Beispiele von Inhalten in den Kategorien</li> <li>- Meistvorkommende Inhalte beider Zeitpunkte</li> </ul>	<p>positiv kodierten Inhalten bestand, könnte darauf hindeuten, dass das Gesundheitswesen eine wichtige Rolle, in der frühen Entwicklung kognitiver Strukturen bezogen auf die Krankheit, spielt.</p> <p><b>Forschungsfrage &amp; Schlussfolgerung:</b></p> <p>Die Ergebnisse heben die Wichtigkeit hervor, dass die Teammitglieder die Bereitschaft zeigen sollen: Individuelle Sorgen zu erfassen, zuzuhören und Anteil zu nehmen, über die Sorgen zu sprechen (auch über unangenehme Themen wie das Rauchen oder den Tod), Fragen zu beantworten und die aktive Teilnahme am Behandlungsplan zu unterstützen. Diese Bemühungen können die krebisbedingten Sorgen der Patienten vermindern.</p> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benötigte Zeitdauer für das Erstellen der Kognitiven-Mappen-Übung wurde nicht aufgezeichnet. Dies hat wahrscheinlich den Umfang beeinflusst.</li> <li>- Die Fragen bezüglich der gesundheitsbezogenen Umwelt wurden in dieser Studie zum ersten Mal genutzt, weitere Forschung zu deren Validation wären nötig.</li> <li>- Die Stichprobe war klein, überwiegend männlich und mangelnd in der Vielfalt.</li> </ul> <p>Weitere Forschung über eine längere Zeitspanne des Krankheitsverlaufs mit grösseren, vielfältigeren Stichproben wäre nötig.</p>
---	--	--	--

## Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Das Thema, bzw. das Ziel der Studie ist in einen Kontext eingebettet. Die Forschungsfrage wird unter Berücksichtigung bereits vorhandener Forschungsergebnisse und -lücken hergeleitet. Die Relevanz des Themas wird gut dargestellt und die Forschungsfrage ist klar definiert.	<p><b>Ansatz/Design:</b> Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem Design ist logisch und nachvollziehbar.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Es wird nur kurz erwähnt, dass die Teilnehmer Teil einer grösseren Randomisierten Studie sind. Wie dies genau abgelaufen ist, wird jedoch nicht erläutert. Die Stichprobenauswahl wird kaum beschrieben. Für die verwendeten Analyseinstrumente ist die Stichprobe eher klein. Es wäre Wünschenswert gewesen, dass die Stichprobengrösse berechnet worden wäre.</p> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b> Die Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben. Die Methode des 3CM wird ausführlich erklärt. Die Validität der 3CM hat sich bei anderen Populationen bewährt und als valide erwiesen. Bei einer Krebspopulation war es der erste Validitätstest. Die Fragen des Interviews, welche selber entwickelt wurden werden kurz beschrieben. Die Fragen sind reliabel, ob sie auch valide sind ist unklar.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Da die Kategorien des 3CM ein nominales Skalenniveau und die Sorgen-Skala des 3CM (Likertskala) strenggenommen und die Fragen des Interviews eindeutig über ein ordinales Datenniveau. Da beim T-Test ein metrisches erforderlich wäre, entsprechen die Tests der Varianzanalyse nicht dem Datenniveau. Auch bei der Berechnung des Korrelationskoeffizienten wurde das Datenniveau nicht eingehalten, da die Kategorien des 3CM ein nominales Niveau aufweisen.</p> <p><b>Ethik:</b> Das Projekt wird von einer Kommission genehmigt. Ethische Fragen werden nicht diskutiert. Es ist z.B. fraglich, ob die Wahlfreiheit dadurch beeinflusst wird, da man sich während dem Vorgespräch entscheiden muss und die erste Intervention sogleich durchgeführt wird.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und vollständig. Wo Tabellen verwendet werden, sind sie eine Ergänzung zum Text.</p> <p><b>Kritikpunkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forschungsfrage kann zwar aus den Resultaten beantwortet werden. Aufgrund der grossen Fülle an Resultaten wäre es wünschenswert gewesen, nochmals auf die Forschungsfrage hinzuweisen.</li> </ul>	<p>Die Ergebnisse werden mit bereits bestehender Literatur in Verbindung gebracht und diskutiert (auch in Bezug auf die Fragestellung).</p> <p>Empfehlungen für die Praxis sind vorhanden, relevant und umsetzbar. Sie beruhen jedoch auf der Expertise der Forscher und lassen sich nicht direkt aus der Antwort auf die Forschungsfrage ableiten.</p>

Referenz: Tishelman, C., Lövgren, M., Broberger, E., Hamberg, K. & Sprangers, M. A. G. (2010). Are the most distressing concerns of patients with inoperable lung cancer adequately assessed? A mixed-methods analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 1942 - 1949.

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Forschungsfrage/ Ziel:</b> Ziel war es, herauszufinden, was bei Bronchialkrebskranken an sechs Zeitpunkten während dem ersten Jahr nach der Diagnosen Stellung am meisten Distress verursacht. Die Forscher wollten zudem herausfinden, wie diese Sorgen durch drei Fragebögen zur Lebensqualität und den Symptomen erfasst wird.</p> <p><b>Bezugsrahmen &amp; Forschungsbedarf:</b> Schwere Symptomatik im Vergleich zu anderen Krebsarten und oft fortgeschrittenes Krankheitsstadium zum Zeitpunkt der Diagnose. Da Krebsabhängiger Distress eine multifaktorielle emotionale Erfahrung ist, welche beim Patienten Schwierigkeiten im Umgang mit der Krankheit auslöst, wurde die Wichtigkeit in deren Erforschung schon des Öfteren anerkannt. Trotzdem wird dies nur selten gemacht. Stattdessen fokussieren Studien sich oft auf die Symptome oder Lebensqualität. Da Fragebögen, deren Ziel es ist die Sicht des Patienten zu erfassen oft vordefinierte Fragen verwenden, kann es sein dass wesentliche Bereiche, welche hohen Distress auslösen, durch die</p>	<p><b>Design:</b> Mixed-Methods-Analyse. Die Forschung wurde damit begründet, dass die Forscher überprüfen wollten, ob die Assessmentinstrumente die wichtigsten Sorgen, welche Distress erzeugten, erfassten.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Gelegenheitsauswahl Es wurden 343 Patienten mit einem nicht operierbaren Bronchialkarzinom durch Pneumologieabteilungen zweier Universitätsspitäler nahe Stockholm rekrutiert.</p> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b> Die Mitarbeiter der Abteilungen informierten jeden Patienten über die Studie und gaben eine schriftliche Information ab. Eine Pflegeforscherin kontaktierte jeden Patienten telefonisch, um weitere Informationen abzugeben, Fragen zu beantworten und wenn die Patienten einer Teilnahme zustimmten, eine Einverständniserklärung zu erlangen. Zugleich wurde ein Termin für das erste Interview am Wahlort festgelegt. Daten wurden an folgenden 6 Zeitpunkten in Form eines Interviews durch eine Pflegefachfrau gesammelt: Kurz nach Erhalt der Diagnose &amp; vor der Behandlung (T1), 2 Wochen (T2), 1 Monat (T3), 3 Monate (T4), 6 Monate (T5) und 1 Jahr nach T1 (T6). Das Interview begann mit der offenen Frage: „Was ist für Sie im Moment am meisten Besorgnis erregend?“ Sie wurden gebeten bis zu fünf Sorgen anzugeben, die ihnen spontan in den Sinn kamen. Die Antworten wurden in Feldnotizen dokumentiert. Wenn möglich in wörtlichen Zitaten. Folgende Fragebögen wurden danach ausgefüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>European Organisation for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 and Lung Cancer Module instruments</i> (EORTC QLQ-C30 + LC13)</li> <li>- <i>Memorial Symptom Assessment Scale</i> (MSAS)</li> <li>- <i>Modified Distress screening Tool</i> (DST)</li> </ul> <p><b>Datenanalyse:</b> Zuerst wurde von den qualitativen Daten eine induktive Analyse, danach eine statistische Analyse gemäss dem analytischen Rahmen für Mixed Methods von Onwuegbuzie und Teddlie durchgeführt.</p> <p><b>Induktiv:</b> Alle Sorgen wurden von zwei Interviewern anhand der inhaltlichen Ähnlichkeiten kodiert. Danach führte ein Forscher der nicht an den Interviews beteiligt war ein Prozess durch, in dem er mehrmals neue Definitionen für jede Kategorie festgelegt hat, um die Übersichtlichkeit der Kategorisierung zu erhöhen und das Kodierschema zu entwickeln. Ein Thema wurde jeweils nur einer Kategorie zugeteilt. Längere Antworten, welche mehrere Sorgen enthielten wurden in mehrere Codes/ Kategorien unterteilt. Zehn unklare Aussagen wurden zusammen gruppiert.</p> <p>Die Interrater-Reliabilität zwischen den Beurteilungspaaren, gemessen anhand des Cohens Kappa, lag zwischen 0.93 – 0.95 (<math>p &lt; 0.001</math>).</p> <p><b>Statistische Analyse:</b> Der EORTC QLQ-C30 + LC13 und die MSAS weisen ein ordinales Datenniveau auf. Das DST weist ein nominales</p>	<p><b>Wichtigste Ergebnisse:</b> <u>Demographische/ klinische Daten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sample ist beinahe gleichmässig verteilt zwischen Männern und Frauen.</li> <li>- Frauen waren signifikant jünger und weniger lebten mit ihrem Ehemann zusammen.</li> <li>- Meiste Diagnose war NSCLC in fortgeschrittenen Stadien.</li> <li>- Therapie: Meist Chemotherapie alleine oder zusätzlich mit Radiotherapie.</li> </ul> <p><u>Sorgen die am meisten Distress auslösen:</u> 19 Kategorien in 3 Dimensionen gruppiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperlicher Distress (enthält 7 Kategorien) Von 90% der Patienten ein oder mehrmals genannt. Darunter „Fatigue“ und „Generelle Schwachheit“ am meisten.</li> <li>- Lebenssituation mit Bronchialkarzinom (enthält 9 Kategorien) Von 80% der Patienten ein oder mehrmals genannt. Darunter „Einschränkungen im täglichen Leben“ und „Prognose“ am meisten.</li> </ul> <p>Bemerkenswert ist, dass 26% der Patienten die „Krankheit als Ganzes“, anstatt eines spezifischen Problems oder Symptoms genannt haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iatrogener Distress (enthält 1 Kategorie) Von 27% der Patienten ein oder mehrmals genannt.</li> <li>- Einzelne Kategorien: Andere Krankheiten, Unspezifischer Distress/ Sorgen, kein Distress -&gt; 38 Patienten</li> <li>- <u>Vergleiche verbleibende Lebensdauer:</u></li> <li>- In der Gruppe, die dem Tod am nächsten war, war „Schmerz“ die am häufigsten genannte Sorge</li> <li>- „Schmerz“ (<math>p=0.036</math>) und „Insomnia“ (<math>p=0.008</math>) wurden in dieser Patientengruppe signifikant häufiger genannt als in der Gruppe, welche über 1 Jahr überlebte.</li> </ul> <p><u>Erfasste Sorgen durch die Fragebögen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 55 -59% der Sorgen wurden in die Kategorie „eindeutig erfasst“ eingestuft.</li> <li>- 7-9% der Sorgen wurden in die Kategorie „möglichweise erfasst“ eingestuft.</li> <li>- Aussagen der Kategorie „Körperlicher Distress“ wurden durch die Fragebögen am gründlichsten erfasst, mit Ausnahme der „Muskuloskeletalen und Gleichgewichtsproblemen“. Die Sorgen der Kategorie „Andere somatische Probleme“ wurden durch die</li> </ul>	<p><b>Ergebnisse erklärt/ interpretiert:</b> Ein Teil der Diskussion ist nochmals eine Darstellung der Ergebnisse der zweiten Forschungsfrage. Die Ergebnisse weisen eine relative Übereinstimmung zwischen den drei Instrumenten auf in Bezug auf den Deckungsgrad der Sorgen. Es wird hervorgehoben, dass ein Viertel der Patientenpopulation an einem oder mehreren Zeitpunkten einen Aspekt des Kontaktes mit dem Gesundheitssystem zu den Besorgniserregendsten Sorgen zählt. Keiner der Fragebögen zielt auf diese Sorgen ab. Gemäss anderen Studien, erfassen auch dafür konzipierte Messinstrumente nicht viele der iatrogenen Sorgen. Weiter erfasst keiner der Fragebögen die Spannweite der Aussagen der Kategorien „Muskuloskeletale-/ Gleichgewichtsprobleme“, „Ergebnisse“ oder der Kategorie „Krankheit als Ganzes“. Von den Aussagen zur Kategorie „Ergebnisse“ wurden weniger als ein Viertel erfasst. Dies obwohl mehr als ein Drittel diese Sorge mind. einmalig als am meisten Besorgniserregend gewertet hat. Die Kategorie „Krankheit als Ganzes“ wurde von 26% der Patienten genannt. Dadurch, dass die Fragebögen spezifische Probleme anvisieren, könnte dieses wichtige Erleben der Patienten übersehen werden. Der Fragebogen MSAS könnte einige Einschränkungen kompensieren durch eine offene Frage am Schluss die nach weiteren nicht genannten Symptomen fragt. Solche offene Fragen werden in der wissenschaftlichen Literatur weder analysiert noch wird darüber berichtet.</p> <p><b>Forschungsfrage &amp; Schlussfolgerung:</b> Obwohl ein induktiver Ansatz für gross angelegte Studien ungeeignet sein könnte, wird zusätzlich zu den bestehenden Fragebögen ein systematisches Assessment zur Erfassung des Distresses empfohlen. Des Weiteren empfehlen die</p>



<p>Fragebögen nicht bewertet werden. In einer vorangegangenen Studie machten die Forscher die Erfahrung, dass Patienten berichteten, dass ihr Distress durch das Assessmentinstrument nicht adäquat erfasst wurde.</p>	<p>Datenniveau auf. Die qualitativ erhobenen Sorgen wurden hinsichtlich der drei Fragebögen codiert als:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eine Sorge wurde eindeutig durch ein Item des Fragebogens erfasst.</li> <li>2. Eine Sorge könnte so interpretiert werden, sodass sie durch ein Item des Fragebogens erfasst wurde.</li> <li>3. Eine Sorge wurde eindeutig nicht erfasst durch ein Item des Fragebogens.</li> </ol> <p>Die Schlussendliche Interrater Reliabilität von 5% zufällig ausgesuchter Sorgen war bei allen Instrumenten &gt;96%. Der Cohen's Kappa war über 0.93.</p> <p>Zusätzlich wurde erforscht, ob es altersabhängige Unterschiede der Sorgen gibt und wie die Fragebögen die Sorgen bei unter/ über 65-jährigen erfassen.</p> <p>Zusätzlich erforschten sie die Sorgen, welche im letzten Interview am meisten Distress auslösten in Bezug auf die verbleibende Lebensdauer. Sie teilten die Patienten dazu in sechs Gruppen ein. Die zwei Extremgruppen (&gt;1 Jahr und &lt;31 Tage) verglichen sie.</p> <p><u>Verwendete Tests:</u> Signifikanzniveau bei <math>p &lt; 0.05</math>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deskriptive Daten (Distress der Personen) wurden durch die Anzahl und Prozentsätze dargestellt</li> <li>- Vergleich Kategorischer Daten: Chi-Quadrat-Test</li> <li>- Unterschiede/ Vergleiche: T-Test</li> </ul> <p><b>Ethik:</b> Die Studie wurde von einem Ethikkomitee für Forschung genehmigt.</p>	<p>MSAS und das DST besser erfasst als durch das EORTC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 45% der Sorgen der Kategorie „Lebenssituation mit Bronchialkarzinom“ wurden durch die Instrumente EORTC &amp; DST erfasst. Nur 26% mit dem MSAS.</li> </ul> <p><u>Altersabhängige Unterschiede:</u></p> <p>Die Patientengruppe unter 65 Jahren gab signifikant mehr Sorgen in folgenden Kategorien an: Schmerzen (<math>p=0.049</math>), Insomnie (<math>p=0.032</math>), Emotionale Probleme (<math>p=0.002</math>), Aussehen (<math>p=0.049</math>), Krankheit als Ganzes (<math>p=0.001</math>) und latrogener Distress (<math>p=0.05</math>). Die Sorgen die am meisten Distress ausgelöst haben wurden durch die Fragebögen EORTC QLQ-C30+LC13 (<math>p=0.003</math>) und MSAS (<math>p=0.005</math>) signifikant weniger erfasst als bei der älteren Gruppe über 65 Jahren.</p> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b> Die meisten Daten werden in den Tabellen dargestellt. Einzig die Daten der altersabhängigen Unterschiede sind nicht in tabellarischer Form dargestellt. Der Text hebt einige Ergebnisse hervor.</p>	<p>Forscher die Entwicklung neuer Elemente in den Fragebögen, welche den Distress, ausgelöst durch den Kontakt mit dem Gesundheitssystem, erfassen.</p> <p>Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, sorgfältig die Wahl des Instrumentes in Bezug auf das Ziel und die Merkmale der Stichprobe zu überprüfen.</p> <p>Die Erfassung von schwerwiegendem Distress ist wesentlich, um die Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung zu identifizieren und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.</p> <p><b>Limitationen:</b> Da die Population schwer zugänglich ist, besteht ein möglicher Selektionsfehler gegenüber den gesündesten der tödlich erkrankten Patienten. Es besteht zudem das Risiko eines Fehlers 1. Art, aufgrund der vielen Analysen.</p>
--	---	--	---

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Forschungsfrage ist klar formuliert und relevant für die Praxis.</p> <p>Es wird eine Übersicht über die bereits vorhandene Literatur gegeben, der Begriff „Distress“ wird definiert und die Notwendigkeit der Studie wird mit einer vorhandenen Lücke in der vorhandenen Literatur begründet.</p>	<p><b>Ansatz/Design:</b> Das Design ist für die Forschungsfrage logisch und nachvollziehbar.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Im Vergleich mit der Schweizer-Population ist der Frauenanteil grösser. Ansonsten ist die Stichprobe repräsentativ. Es sind keine Ein- oder Ausschlusskriterien beschrieben. Zudem steht auch nichts bezüglich der Drop Outs.</p> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b> Bei den Daten geht es um menschliches Erleben und ob bestehende Fragebögen dies erfassen. Das Vorgehen der induktiven Datenerhebung wird genau erläutert. Das gewählte methodologische Vorgehen wird nicht erläutert. Die Datensättigung und der Standpunkt der Forschenden wird nicht thematisiert. Ob die Fragebögen alleine, mit Hilfe, oder in Form eines Interviews ausgefüllt wurden steht nicht. Sie schreiben, dass 343 Personen an der Studie teilgenommen haben. Über die Reliabilität und Validität der Messinstrumente steht nichts. Die Auswahl wird damit begründet, dass sie breit genutzt werden in diesem Setting. Mögliche Verzerrungen werden nicht diskutiert.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Das genaue Vorgehen bei der induktiven Datenanalyse kann nicht nachvollzogen werden. Es wird auf keine Analysemethode verwiesen. Die Glaubwürdigkeit der Analyse wird durch die Berechnung der Interrater Reliabilität sichergestellt. In diesem Zusammenhang wird von drei Paaren gesprochen. Unklar ist jedoch, wie diese Paare zusammen gearbeitet haben</p>	<p>Die Tabellen sind sehr ausführlich und somit eine gute Ergänzung zum Text.</p> <p><b>Kritikpunkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Demographischen Daten sind unvollständig. Insbesondere beim Krankheitsstadium fehlen die Angaben von 69 Personen!</li> </ul>	<p>In der Diskussion wird auf relevante Punkte für die Praxis verwiesen. Durch die Sensibilisierung darauf und gegebenenfalls einer gerichteten offenen Fragen könnte vermieden werden, dass diese Punkte im Alltag untergehen.</p> <p><b>Kritikpunkte:</b></p> <p>Diskutiert und mit anderen Studien verglichen werden nur diejenigen Resultate, in welchen es um die Erfassung der Sorgen durch die Instrumente geht. Die Sorgen an sich werden nicht thematisiert. Ein Teil der Diskussion ist zudem erneut einfach eine Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>DTS erfasste 9 Sorgen der latrogenen Domäne. Aussage: Keiner der Fragebögen zielt auf diese Ergebnisse ab, könnte zur Annahme führen, dass keine Sorge erfasst wurde.</p> <p>Die Fragebögen weisen diverse nicht vergleichbare Vor- und Nachteile auf. In der</p>



	und wie die Analyse zwischen den Paaren stattgefunden hat. <b>Ethik:</b> Ethische fragen wurden nicht diskutiert.		Praxis wäre es nun schwierig, den richtigen Fragebogen aufgrund der Population auszu-suchen. Ob es umsetzbar wäre, auf einer Station bei jedem Patienten aus einem Repertoire an Fragebögen der geeignetste auszusuchen, ist fraglich.
--	--	--	--

Referenz: Ugalde, A., Aranda, A., Krishnasamy, K., Ball, D. & Schofield, P. (2011). Unmet needs and distress in people with inoperable lung cancer at the commencement of treatment. *Support Care Cancer*, 20, 419 – 423.

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Forschungsfrage/ Ziel:</b></p> <p>Die Studie beschreibt unerfüllte Bedürfnisse und psychologische Not zu Beginn der Therapie von Lungenkarzinom-Erkrankten. Im speziellen war das Ziel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Über den Level der Angst, der Depression, der globalen Not und unerfüllter Bedürfnisse zu berichten.</li> <li>Die Beziehung zwischen Distress und unerfüllten Bedürfnissen zu untersuchen.</li> </ol> <p><b>Hypothese:</b></p> <p>Personen mit einem höheren Level an Distress haben mehr psychologische und emotionale unerfüllte Bedürfnisse.</p> <p><b>Bezugsrahmen &amp; Forschungsbedarf:</b></p> <p>Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass Personen mit einem Lungenkarzinom zu den</p>	<p><b>Design:</b> Es wurde eine Querschnittstudie gemacht, welche die Ausgangsdaten einer Randomisierten kontrollierten Studie genutzt hat, welche ein psychoedukatives Unterstützungsprogramm für inoperable Lungenkarzinompatienten getestet hat.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Gelegenheitsauswahl</p> <p>Von geschulten Forschungsassistenten wurden geeignete Patienten aus Ambulatoriums- und Behandlungslisten der Onkologie Klinik in Melbourne vom 04.05 bis zum 11.07 ausgesucht.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose eines inoperablen Lungen- oder Pleuralkarzinom</li> <li>- Durchführung einer der folgenden Therapien: Palliative externe Strahlentherapie, palliative Chemotherapie oder eine radikale Bestrahlung und Chemotherapie</li> <li>- Englisch verstehen</li> </ul> <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Litten unter einer seriösen psychiatrischen Störung oder einer kognitiven Beeinträchtigung</li> <li>- Wurden innerhalb der letzten zwei Monate bereits behandelt</li> <li>- Hatten einen ECOG Performance Status von <math>\geq 3</math> (Ans Bett/den Stuhl gefesselt sein; <math>\geq 50\%</math> der Stunden wach)</li> <li>- Nur eine Einzeldosis-Bestrahlung oder ein anderes Behandlungszentrum</li> <li>- Personen die zu krank waren oder kurze Behandlungen hatten, sodass die Intervention nicht durchgeführt werden konnte.</li> </ul> <p>214 Personen haben den Kriterien entsprochen, 188 wurden kontaktiert, 111 gaben ihr Einverständnis und 108 erbrachten ausreichende Daten zur Analyse.</p> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b> Folgende Assessments wurden vor oder zu Beginn der Behandlung einmalig durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Needs Assessment for Advanced Lung Cancer Patients</li> </ul>	<p><b>Wichtigste Ergebnisse:</b></p> <p><u>Demographische/ klinische Daten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchschnittsalter: 63 Jahre (SD: 39 – 83 Jahre)</li> <li>- 60% Männer</li> <li>- Durchschnittliche Zeit seit der Diagnosestellung: 7.44 Monate (SD: 0 – 80)</li> <li>- NSCLC: Stadium I: 3.7%, Stadium II: 5.6%, Stadium III: 35.2%, Stadium IV: 41.7%</li> <li>- Therapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radikale Chemo-/ Radiotherapie: 40.7%</li> <li>• Palliative Radiotherapie: 37%</li> <li>• Palliative Chemotherapie: 22.2%</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Unerfüllte Bedürfnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Von 38 möglichen Bedürfnissen sind durchschnittlich 17 unerfüllt.</li> </ul> <p>Rangliste der Domänen (1 ist das höchste unerfüllte Bedürfnis):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>„Medizinische Kommunikation“</li> <li>Psychologisch/ emotional</li> <li>Finanziell</li> <li>Tägliches Leben</li> <li>Symptome</li> <li>Spirituell/ Existentiell</li> <li>Sozial</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Top-Zwei Bedürfnisse: Sorgen/ Verantwortungsgefühl gegenüber Angehörigen</li> <li>- Nächste zwei: Umgang mit Frustration/ Ängsten</li> </ul> <p><u>Psychologische Morbidität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distress Thermometer: Durchschnitt 3.30 (SD: 2.78), 34.3% äusserten signifikanten Distress (<math>\geq 4</math>)</li> </ul>	<p><b>Ergebnisse erklärt/ interpretiert:</b></p> <p>Der Prozentsatz von Personen mit einer Depression oder mit Angst war tiefer als in einer früheren Studie mit dem gleichen Messinstrument. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass diese Studie Personen mit einem ECOG über 3 eingeschlossen haben. Es wurde nämlich herausgefunden, dass diese Patientenpopulation vermehrt unter Depressionen leidet. Dass die grössten unerfüllten Bedürfnisse die „medizinische Kommunikation“ und psychologische/ emotionale Domäne sind, stimmt mit früheren Studien überein. Im Gegensatz wurde in dieser Studie der Mangel an Energie und die Müdigkeit nicht so hoch gewichtet.</p> <p><b>Forschungsfrage &amp; Schlussfolgerung:</b></p> <p>Die beiden Forschungsfragen und die Hypothese werden beantwortet. Personen welche mehr unerfüllte psychologische/ emotionale unerfüllte Bedürfnisse hatten litten unter höherem Distress. Dieses Phänomen sei auch bei allen anderen unerfüllten Bedürfnissen der Fall.</p> <p>Über die Richtung der Beziehung schreiben sie, dass obwohl auch die unerfüllten Bedürfnisse den Distress auslösen könnten, möglicherweise Personen mit höherem Distress aufgrund dessen ein allgemein höheres Bedürfnis für Hilfe aufweisen. Das würde für die Praxis bedeuten, dass Personen mit einem höheren Distress ein breites Screening für</p>

<p>wenigsten erforschten Krebsgruppen gehören, trotzdem sie unter höherem psychologischen Distress und einer höheren Symptomlast leiden. Es wird auf Studien verwiesen, welche herausgefunden haben, dass diese Population vermehrt unter unerfüllten „supportive care needs“ leidet. Weitere Studien berichten über die negativen Auswirkungen davon. Zudem sind die bereits vorhandenen Studien meist limitiert durch kleine und heterogene Samples.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Anxiety and Depression Scale</li> <li>- Distress Thermometer</li> <li>- Selbstbeurteilungsfragebogen für demographische und klinische Variablen</li> </ul> <p><b>Datenanalyse:</b> Die drei Assessments weisen ein ordinales Skalenniveau auf. Die demographischen und klinischen Daten weisen metrische, ordinale und nominale Niveaus auf.</p> <p><u>Verwendetes Statistik-Programm:</u> Statistical Package for Social Science 11.0</p> <p><u>Verwendete Tests:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deskriptive Daten wurden mit dem Durchschnitt, der Standardabweichung und der Spannweite dargestellt.</li> <li>- Unterschiede/Vergleich: Varianzanalyse anhand des T-Tests</li> <li>- Test der Beziehung zwischen zwei Variablen: Anhand des Korrelationskoeffizienten (Unklar ob Pearson's oder Spearman's)</li> <li>- Die Effektstärke wurde via Cohens d gemessen.</li> </ul> <p><b>Ethik:</b> Das Projekt wurde von der lokalen Ethikkommission für menschliche Forschung genehmigt. Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde eingeholt.</p>	<p>- Anxiety and Depression Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst: Durchschnitt 5.46, 31.5% litten unter klinischer oder subklinischer Angst</li> <li>• Depression: Durchschnitt 4.48, 19,4% mit einer klinischen oder subklinischen Depression.</li> </ul> <p><u>Beziehung zw. unerfüllten Bedürfnissen und Distress:</u></p> <p>Die Anzahl unerfüllter Bedürfnisse waren verbunden mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Höherer Angst (<math>p &lt; 0.001</math>)</li> <li>- Höherer Depression (<math>p &lt; 0.001</math>)</li> <li>- Höherem Distress auf dem Distress Thermometer (<math>p &lt; 0.001</math>)</li> </ul> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b> Das meiste in Textform. Tabellarisch dargestellt wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die ersten 15 unerfüllten Bedürfnisse.</li> <li>- Die Unterschiede der Mittelwerte der Bedürfnisdomänen von Personen mit Distress zu Personen ohne Distress (Antwort auf Frage 2).</li> </ul>	<p>unerfüllte Bedürfnisse durchlaufen sollten. Weitere Studien könnten den Einfluss der Faktoren Symptomlast, der körperlichen Funktion und der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung erforschen.</p> <p><b>Limitationen:</b> Da die Studienteilnehmer zusätzlich Teil einer grösseren randomisierten Studie waren und noch weiteren Interventionen zu willigten, hätte die Teilnehmerrate eventuell höher sein können. Zudem sind die Daten durch die Teilnahmebedingungen der RCT limitiert. Dass Personen mit einem ECOG über 3, oder Personen die aus gesundheitlichen Gründen nicht an der RCT teilnehmen konnten ausgeschlossen wurden, könnte dazu führen, dass deren Bedürfnisse und der Distress unterschätzt werden. Weiter wird diskutiert, dass die breite Spannweite der Zeit seit der Diagnosestellung eine Limitation sein könnte.</p>
--	---	--	---

## Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Der Argumentationsaufbau im Einleitungsteil ist logisch und am Schluss des Einleitungsteils werden Ziel und die Hypothesen der Forschung verständlich formuliert. Die Hypothese wird jedoch nur über einen Teilbereich der zweiten Forschungsfrage gemacht. (Nur über die psychologischen und emotionalen unerfüllten Bedürfnisse.)</p> <p>Das Ziel würde durch eine zweiseitige Hypothese beantwortet werden, die Hypothese ist einseitig.</p> <p>Zudem wird aus der Argumentation nicht ersichtlich was der Nutzen darin ist, die Beziehung von Distress und unerfüllten Bedürfnissen zu erforschen.</p>	<p><b>Ansatz/Design:</b> Das Vorgehen ist für die Forschungsfrage logisch und nachvollziehbar.</p> <p><b>Stichprobe:</b> Es wird nur kurz erwähnt, dass die Teilnehmer Teil einer grösseren Randomisierten Studie sind. Wie dies genau abgelaufen ist, wird jedoch nicht erläutert. Auch die Drop outs werden nur unzureichend erläutert. Zudem wird das Setting der Durchführung der Assessments nicht beschrieben. Die grosse Zeitspanne seit der Diagnosestellung könnte einen Erinnerungsbias darstellen.</p> <p><b>Datenerhebung/ Messverfahren:</b> Die Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben. Für die Assessments wurden valide und reliable Instrumente verwendet. Die Messinstrumente werden beschrieben. Die Auswahl wird nur teilweise begründet, sie lässt sich jedoch aus der Fragestellung ableiten.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Da die drei Assessmentinstrumente über ein ordinales Datenniveau verfügen und beim T-Test ein metrisches erforderlich wäre, entsprechen die Tests nicht dem Datenniveau. Das festgelegte Signifikanzniveau wird zudem nicht erwähnt. Das Instrument zur Berechnung des Korrelationskoeffizienten wird nicht erwähnt.</p> <p><b>Ethik:</b> Das Projekt wurde von einer Ethikkommission genehmigt, ethische Fragen wurden in der Studie nicht diskutiert.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und vollständig. Wo Tabellen verwendet werden, sind sie eine Ergänzung zum Text.</p> <p><b>Kritikpunkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Da in der Darstellung der deskriptiven Daten neben dem Durchschnitt der Median nicht ersichtlich ist, ist unklar, ob der Durchschnitt durch Extremwerte ein verfälschtes Bild vermittelt. Insbesondere die Spannweite des <i>Zeitpunktes seit der Diagnosestellung</i> ist sehr breit. Da dies grosse Auswirkungen auf die Ergebnisse haben könnte (was auch in den Limitationen erwähnt wird), wäre eine detailliertere Auflistung erwünscht gewesen.</li> <li>- Die Ergebnisse der <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> sind nur sehr spärlich beschrieben.</li> </ul>	<p>Die Ergebnisse werden mit bereits bestehender Literatur in Verbindung gebracht und diskutiert. Bei anderen Ergebnissen wird nach einer möglichen Erklärung gesucht.</p> <p>Eine Implikation in die Praxis ist vorhanden (Breites Screening für unerfüllte Bedürfnisse). Welches Screening sie dazu empfehlen wird nicht geschrieben. Dadurch ist die Umsetzbarkeit schwierig zu beurteilen.</p> <p>Fraglich wäre sie, wenn bei jedem Patienten drei Assessmentinstrumente nötig wären, um die unerfüllten Bedürfnisse und die Belastung herauszufinden.</p> <p>Die Belastung dieser Population wird durch die Resultate jedoch gut sichtbar.</p>

## Anhang E Screeninginstrumente

HILL *et al.* Concerns of lung cancer patients

### APPENDIX 1. THE CONCERNS CHECKLIST

We would like to know the different concerns about your illness and treatment that may have been worrying for you over the last week. There are no right or wrong answers. Your answers will be treated confidentially.

Please answer all the questions.

Have you worried about...

#### 1. The illness itself (what it is, is it better, etc....)

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

#### 2. Pain (whether you have any or are concerned about it)

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

#### 3. Your mobility

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

#### 4. Appetite and weight loss

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

#### 5. Your energy level (or weakness)

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

#### 6. Treatment of your illness

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

#### 7. Breathlessness

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

#### 8. Nausea and vomiting

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

#### 9. The future (relating to your illness)

- Not a worry ☐  
Slightly worried ☐  
Moderately worried ☐  
Very worried ☐  
Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**10. Your independence (in the house, daily activities, socially)**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**11. Your emotions**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**12. Your family (and their emotions)**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**13. Cough**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**14. The future (not relating to your illness)**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**15. Feeling a burden**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**16. Bowels**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**17. Your appearance**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

**18. Any other concerns**

- Not a worry ☐  
 Slightly worried ☐  
 Moderately worried ☐  
 Very worried ☐  
 Extremely worried ☐

If you have been worried – has any member of the care team talked to you about this?

Yes ☐ No ☐

# 1. Distress-Thermometer

## Anleitung:

**ERSTENS:** Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



**ZWEITENS:** Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
		<b>Praktische Probleme</b>			<b>Körperliche Probleme</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Betreuung/Pflege Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
		<b>Familiäre Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
		<b>Emotionale Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
		<b>Spirituelle/religiöse Belange</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hitzewallungen/Schweißausbrüche
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwindel
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme

**Sonstige Probleme:** \_\_\_\_\_

NCCN 1.2005 Distress Management Guidelines. © National Comprehensive Cancer Network. Alle Rechte vorbehalten. Deutsche Version: Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., Koch, U. (2005) Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers - Empirische Prüfung eines Screening-Instrumentes zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54 (3), 219-227.

## 2. Hornheider Fragebogen

### Hornheider Screening-Instrument zur Ermittlung betreuungsbedürftiger Tumorkpatienten

#### Interviewfragen

1. Wie fühlten Sie sich körperlich in den letzten drei Tagen?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
2. Wie fühlten Sie sich seelisch in den letzten drei Tagen?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
3. Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der jetzigen Krankheit stark belastet?	ja 2	nein 0	
4. Haben Sie jemanden, mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können?	ja 0	nein 2	
5. Ist jemand in Ihrer Familie durch den Krankenhausaufenthalt besonders belastet?	ja 2	nein 0	
6. Können Sie innerlich tagsüber zur Ruhe kommen?	ja 0	nein 2	
7. Wie gut fühlen Sie sich über Krankheit und Behandlung informiert?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2

Summe:

0	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14

**Interviewer**

Name des Patienten:

Station:

Diagnose:

Gespräch geführt am:

von:

**Auswertung** (durch Eingabe der Zahlenwerte in die Excel-Datei)

Patient(in) betreuungsbedürftig:

ja

nein

**Interventionen**

Datum

Intervention

Mitarbeiter/in

©Abteilung für Psychosoziale Onkologie, Fachklinik Hornheide, D-48157 Münster  
E-mail: gerhard.strittmatter@fachklinik-hornheide.de



### 3. FBK-R23

Sie finden im folgenden eine Liste mit **Belastungssituationen**, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

FBK- R23

	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich kaum ..... sehr stark				
		1	2	3	4	5
1. Ich fühle mich häufig schlapp und kraftlos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich leide unter Wund- / Narbenschmerzen (Operation). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin unsicherer im Umgang mit anderen Menschen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich leide unter ungeklärten körperlichen Beschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Andere Menschen reagieren mir gegenüber oft verständnislos / rücksichtslos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Körperpflege fällt mir seit der Erkrankung schwer. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe Angst davor, Schmerzen bekommen zu können. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe den Eindruck, für andere Menschen weniger wertvoll zu sein. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe Angst davor, noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich körperlich unvollkommen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich leide häufiger unter Schlafstörungen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe Angst davor, nicht mehr arbeiten zu können. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung / Behandlung informiert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin oft angespannt bzw. nervös. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Seit der Erkrankung habe ich weniger sexuellen Verkehr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich fühle mich nicht hinreichend über soziale / finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informiert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es ist schwierig, in meiner Familie offen über meine Situation zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich unternehme seit der Erkrankung weniger als vorher (Kino, Restaurant, Freunde besuchen, u.s.w.). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Verschiedene Ärzte haben sich unterschiedlich über meine Erkrankung geäußert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Heroldbach 2001

#### 4. FBK-R10

Sie finden im folgenden eine Liste mit **Belastungssituationen**, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

##### FBK-R10

	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich kaum ..... sehr stark				
		1	2	3	4	5
1. Ich fühle mich schlapp und kraftlos. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Schmerzen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich körperlich unvollkommen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe Schlafstörungen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung/ Behandlung informiert. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin angespannt bzw. nervös. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. PO-Bado

### Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Untersucher:

Patient:

Datum:

*das seelische Befinden  
von Krebspatienten*

**PsychoOnkologische Basisdokumentation**

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe  
www.po-pado.med.tu-muenchen.de

#### Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:	.....		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Krank geschrieben <input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Gyn. Tumore <input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien <input type="checkbox"/> Prostata/Hoden <input type="checkbox"/> Colon/Rektum <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.) <input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.) <input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome) <input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.) <input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas <input type="checkbox"/> Sonstige .....		
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) ..... / .....		<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung <input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Zweitumor <input type="checkbox"/> Remission	<input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Sonstige: ..... <input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt		
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquillizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Nicht bekannt		
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt		
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Scala 0-4)	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität <input type="checkbox"/> 1 Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig <input type="checkbox"/> 2 Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> 3 Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> 4 Patient ist ständig bettlägerig		
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Initiative des Patienten / hat Gesprächsbedarf signalisiert <input type="checkbox"/> Initiative ging von anderen Personen aus (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige etc.) <input type="checkbox"/> Initiative des Raters (Aufnahme-/ Routinegespräch, Studie etc.)		

© AG PO-Bado München 2003

## PO-Bado

Ihre Angaben sollen sich auf das subjektive Erleben des Patienten der letzten drei Tage beziehen.

### 1. Somatische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
... Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperteilen, sexuellen Funktionsstörungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Psychische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations-/ Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Scham / Selbstunsicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

	Ja	Nein
Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege- / Hilfsbedürftigkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© AG PO-Bado München 2003

## 7. PO-Bado-Kurzform

### Psychoonkologische Basisdokumentation - Kurzform (PO-Bado-KF)

Untersucher:

Patient:

Datum:

das seelische Befinden  
von Krebspatienten

**PsychoOnkologische Basisdokumentation**

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe  
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

#### Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:	.....		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Krank geschrieben <input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Gyn. Tumore <input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien <input type="checkbox"/> Prostata/Hoden <input type="checkbox"/> Colon/Rektum <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.) <input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.) <input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome) <input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.) <input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas <input type="checkbox"/> Sonstige: .....		
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) ..... / ..... <input type="checkbox"/> Nicht bekannt		
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung <input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Zweitumor <input type="checkbox"/> Remission	<input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Sonstige: ..... <input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt		
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquillizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Nicht bekannt		
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt		
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Skala 0-4)	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität <input type="checkbox"/> 1 Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig <input type="checkbox"/> 2 Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> 3 Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> 4 Patient ist ständig bettlägerig		
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Routinedokumentation (Aufnahme- /Routinegespräch) <input type="checkbox"/> Vorausgewählter Patient (Zuweisung durch Behandler, Angehörige oder Patient selbst) <input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Zwecke (Studie etc.)		

© AG PO-Bado München 2006

Ihre Angaben sollen sich auf das subjektive Erleben des Patienten in den letzten drei Tagen beziehen.

### Psychosoziale Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren Problemen, z.B. im sozialen / familiären Bereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Indikation

	Ja	Nein
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© AG PO-Bado München 2008